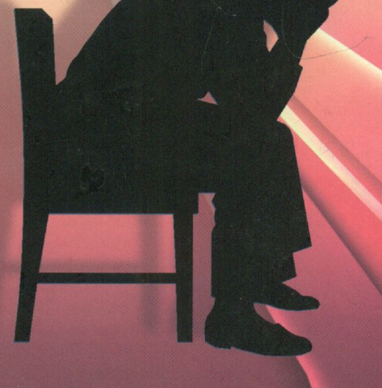
الاضطرابات النفسيّة والعقليّة

نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها

الأستاذ الدكتور
قاسم حسين صالح





www.dardjlah.com

الإضطرابات النفسية والعقلية

نظرياتها ، أسبابها، طرائق علاجها

الإضطرابات النفسية والعقلية

نظرياتها ، أسبابها، طرائق علاجها

الأستاذ الدكتور

قاسم حسين صالح

الطبعة الأولى

٢٠١٥



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية

٢٠١٤/٢/٩٩٦

٦١٦,٨٩

صالح، قاسم حسين

الإضطرابات النفسية والعقلية ، نظرياتها ، أسبابها، طرائق علاجها، قاسم حسين صالح. عمان : دار دجلة للنشر والتوزيع، ٢٠١٤.

( ) ص

ر.إ. ٢٠١٤/٢/٩٩٦

الواصفات: الإضطرابات العصبية// علم النفس// السلوك الشاذ/

ISBN: 978-9957-71-420-8 **:ردمك**

منشورات:





المملكة الأردنية الهاشمية

عمان- شارع الملك حسين- مجمع الفحيص التجاري

تلفاكس: ٠٠٩٦٢٦٤٦٤٧٥٥٠

خلوي: ٠٠٩٦٢٧٩٥٢٦٥٧٦٧

ص. ب: ٧١٢٧٧٣ عمان ١١١٧١- الأردن

E-mail: dardjlah@ yahoo.com

www.dardjlah.com

قبل أن تبدأ

((بالرغم من ان العالم ممتلئ بالمعاناة، فإنه ممتلئ أيضاً بالقدرة على تجاوزها)).

((هيلين كيلر، 1903، ص1))

- ما المقصود بعلم النفس؟
- وما المقصود بعلم النفس الشواذ؟
- وماذا تعني الاضطرابات العقلية؟
- ولماذا ندرس مثل هذه الأمور؟

يعرّف علم النفس بأنه((الدراسة العلمية للسلوك والعمليات العقلية)).

إن هذا التعريف يحتوي على ثلاثة مفاهيم هي: العلم science، والسلوك (Behavior، والعمليات العقلية (Mental Processes) .

فمن حيث (العلم) عدّ علم النفس كذلك لأنه يستعمل طرائق منظمة في ملاحظة السلوك ووصفه والتنبؤ وتفسيره، فلم تعد طرائق البحث فيه تأملية أو اعتباطية كما كانت في السابق، إنما أصبحت الآن يخطط لها بعناية ودقة شأنه في ذلك شأن العلوم الأخرى.

وفيما يخص(السلوك) فإنه يشير إلى كل الأفعال الصريحة التي تصدر عن الكائن الحي ويكون بمستطاع الآخرين ملاحظتها بصورة مباشرة. فكل شيء تفعله ويكون بمقدور الآخرين ملاحظته يعد سلوكاً. فعندما تمشي او تتحدث أو تصافح صديقاً، أو ترى طفلاً يبكي، أو اناساً في حفلة عرس، أو شرطياً يركض وراء مجرم، ......فإنها تعد سلوكاً.

أما العمليات العقلية فإنها تتضمن الأفكار الخاصة بالفرد ومشاعره أو أحاسيسه ودوافعه التي لا يكون بمقدور الآخرين ملاحظتها بصورة مباشرة.

وبالرغم من أننا لا نستطيع رؤية الأفكار والمشاعر بشكل مباشر، فإنها مع ذلك حقيقة واقعة.

ويرى البعض ان علم النفس هو ((دراسة الحياة study of life)).

وهذا صحيح فالكثير من مشاكلنا الحياتية ناجمة عن مشاكل نفسية((مثل:الموت الناجم عن أساليب حياتية خاطئة، او بسبب عزوفنا عن ممارسة التمارين الرياضية، أو

عاداتنا السيئة في الأكل، أو أساليبنا الخاطئة في التعامل مع الضغوط)). فضلاً عن المشاكل الحياتية والبيئية التي زادت أو تعقدت في القرن العشرين وتصاعدت في السنوات الأولى من القرن الحادي والعشرين مثل: العنف، التعصب العرقي والطائفي والمذهبي، التفكك الأسري، الاغتراب، البطالة، الطلاق، الفشل في العلاقات العاطفية، ضعف الالتزام بالقيم الإنسانية، التحلل الأخلاقي، والتلوث البيئي....

غير أن الشيء المفرح أو المخفف لهذا الحال هو أن علماء النفس متفائلون وواثقون بأن علمهم (علم النفس) قادر على تحسين حياتنا وجعلنا أكثر تعلقاً بها، في أن نعيش عمراً أطول وبصحة أحسن، ولكن باعتماد الطرائق العلمية والمنهجية المنظمة، التي حدد علم النفس الحديث أهدافها بأربعة هي:-

1. الوصف: إن جمع البيانات بطريقة علمية منظمة تساعد الباحث أو العالم النفسي على وصف الظاهرة النفسية بشكل أكثر دقة وكمالاً. ففي سبيل المثال، إذا قمنا بمسح حالات الاعتداء بين طلبة الجامعة، بسبب الاختلاف في الرأي فإننا سنعرف واقع حال هذه الظاهرة، وما إذا كانت ستقود إلى عنف أيديولوجي أو عرقي أو طائفي مثلاً.
2. التنبؤ: في بعض الحالات يكون علماء النفس قادرين على التنبؤ بما سيكون عليه السلوك في المستقبل. ففي سبيل المثال، طور هؤلاء العلماء اختبارات تمكن أصحاب العمل من تحسين تنبؤهم بشأن أداء المتقدمين للعمل لديهم.
3. الفهم: نحن نستطيع فهم السلوك والعمليات العقلية عندما نستطيع تقصي ((ماذوية)) حدوثها. غير أن تفسيراتنا تكون في الغالب نظريات(theories) وليست حقائق(truths) بسبب أن الإنسان يكون دائماً في حالة تعلم. وغالباً ما تكون النظريات تفسيرات غير نهائية لحقائق أو علاقات، لكن هذه التفسيرات تمكننا من فهم الظاهرة في زمانها ومكانها المحددين.
4. التأثير: إن أقصى ما يتمناه علماء النفس، هو التأثير في السلوك بطرائق مفيدة وايجابية فهذه هي الغائية العملية النهائية لعلم النفس. كيف يمكننا أن نشيع ثقافة السلام، مثلاً، في المجتمعات التي تشهد العنف كالمجتمع العراقي. وكيف يمكن أن نجعل الشباب في بلداننا يمارسون الديمقراطية بالشكل الذي ينبغي أن تكون، وكيف نحل خلافاتنا أو نزاعاتنا، لا سيما المصابون منا بحول إدراكي- بحوار الكلمة لا بحوار السلاح.

إن علم النفس علم جميل جداً، ولكنك لن تدرك جماله إلا عندما تحبه، تماماً، مثل (الحبيبة) لا تدرك جمالها على حقيقته إلا بعد أن تحبها فعلاً. ومن تجربتي الشخصية، فإنني دخلت علم النفس مجبراً لا مخيراً فوقعت في حبه في المرحلة الدراسية الثالثة، وها أنا ما زلت مولعاً به، ومعجباً بما يدهشني به من اكتشافات جديدة، وهذا حال عدد من زملائي والكثير من علماء النفس المشهورين، وبينهم أطباء ومهندسون تركوا الطب والهندسة والتحقوا بعلم النفس.

يكفيه أنه العلم الوحيد الذي يمكنك من فهم نفسك والآخرين، والأحداث، ويساعدك على أن تتجنب الوقوع في الاضطرابات النفسية كالإكتئاب والقلق اللذين صارا شائعين في الألفية الثالثة، ويمكنك من خلق السعادة لنفسك وتذوق طعمها في حياتك الشخصية والعاطفية والأسرية والاجتماعية والإنسانية، ويجعلك تعيش عمراً أطول بصحة أجود..وتقبل الموت بوصفه الحقيقة النهائية.

وما المقصود بعلم الشواذ، وبالسلوك الشاذ أولا(bchavior abnormal).

تميل الأدبيات الحديثة الصادرة في الألفية الثالثة لغاية2007 إلى تعريف السلوك الشاذ بأنه:((الأفعالaction، والأفكارthoughts، والمشاعر أو الأحاسيسfeelings التي تكون مؤذية للفرد والآخرين من حوله)).

وبالرغم من أن الاختلافات بين المنظورات النفسية المعاصرة صارت قليلة موازنة بوجهات النظر السابقة فيما يخص السلوك الشاذ، إلا أن المعايير التي بموجبها يحدد السلوك الشاذ ما تزال غير موحّدة، غير أن التوجهات الحديثة تحددها بالآتي:-

- معيار النسبية الحضارية(الثقافية) cultural relativism. يري هذا المنظور أنه توجد في كل حضارة معايير أو قواعد عامة للسلوك norms تحدد السواء والشذوذ، وأنه يجب اعتمادها في تحديد السواء والشذوذ في السلوك. ففي سبيل المثال،أن الرجل يقبّل رجلاً آخر يعد سلوكاً سوياً في مجتمعاتنا العربية، فيما يعد سلوكاً شاذاً في مجتمعا أخرى.
- معيار الندرة أو اللاعادية: يقترح هذا المعيار أن السلوك الشاذ ينبغي تحديده بذلك الذي يسبب معاناة أو انزعاجاً أو عدم راحة للفرد، وفيما عداه، حتى وإن كان نادر الحدوث، فإنه لا يعد سلوكاً شاذاً- أو انحرافاً.

◆معيار المرض العقلي mental illness

يحصر هذا المعيار السلوك الشاذ فقط بالناجم عن امراض أو اضطرابات عقلية.

◆معيار سوء التكيف maladaptiveness

يحدد هذا المعيار السلوك الشاذ بتلك الأنواع من السلوك التي تسبب أذى أو ألماً بدنياً او انفعالياً، وتمنع الفرد من أداء وظائفه الحياتية والتزاماته اليومية. أو تشير إلى أن الفرد قد فقد اتصاله بالواقع، او صار غير قادر على السيطرة على أفكاره الشاذة.

هذا يعني ان علم النفس الشواذ يدرس بالسلوك الذي تنطبق عليه هذه المعايير أو واحداً منها فقط.

★ هل في سلوكك ما هو شاذ او انحراف؟

إن الكثير من الطلبة، والناس بشكل عام عندما يقرآون كتاباً في علم النفس الشواذ يتفحصون أنفسهم، فيجدون في تصرفاتهم ما يمكن أن يقع ضمن السلوك الشاذ.

وفي الحقيقة فإنك عندما تقرأ هذا الكتاب ستجد فيك أو في قريبك أو صديقك معظم أو بعض أنواع السلوك الشاذ الواردة فيه! وهذا النوع من الإدراك يسمى بـ(مرض الطالب الطبي، Medical students disease).

عليك أن تنتبه بأن الكثير من أنواع السلوك التي ستتطلع عليها في هذا الكتاب، تحدث لدى الكثير من الناس ولكن حدوثها يكون أحياناً.

وفيما يخص الاضطرابات العقلية والنفسية، نعيد إلى الذهن بأن علم النفس يعني الدراسة العلمية للسلوك والعمليات العقلية. فهو(علم) لأنه يستعمل الطرائق المنظمة في:الملاحظة، والوصف، والتنبؤ، والتأثير أو السيطرة المتعلقة بالسلوك الذي يعني الأفعال القابلة للملاحظة المباشرة والقياس، فيما تعني العمليات العقلية والنشاطات النفسية الخاصة التي لا يمكن ملاحظتها مباشرة من قبيل الأفكار والمشاعر، والدوافع، والإدراك.

وعلى هذا تكون الاضطرابات النفسية هي كل ما يصيب العمليات العقلية من خلل ينعكس بالضرورة على السلوك وتسبب معاناة للفرد، أو يكون مؤذياً له وللآخرين من حوله.

وسترى في هذا الكتاب وجهات نظر متعددة في تفسيرها لأسباب هذا الخلل(الاضطراب) الذي يصيب العمليات العقلية، وفي طرائق علاجها أيضاً، سواء على

صعيد النظريات الكلاسيكية المتمثلة بالنظريات البيولوجية، والنفسية الدينامية، والسلوكية، أو على صعيد الجيل الثاني منها المتمثلة بالسلوكية المعرفية، والمعرفية، والإنسانية، والوجودية، أو على صعيد ما بعد الأحداث المتمثلة بالنظريات الاجتماعية الثقافية والتكاملية.

وينبغي أن لا يثير تعددها او تعارضها أو اختلافها بشان أسباب وطرائق علاج الاضطرابات العقلية تشوشاً فكرياً لديك، ولا ننصح بالسؤال: أي النظريات أو المنطلقات النظرية هو الصحيح؟ ذلك لأن لكل منطلق نظري إيجابياته وعليه مآخذ بسبب محدوديته أو قصوره في احتواء أسباب الاضطراب وعلاجه. وننبه إلى أن ما نحمله من أفكار بشان أسباب السلوك الشاذ أو الاضطرابات العقلية يحدد، إلى درجة كبيرة، نوع الخدمة التي نقدمها للمصابين بها، وأن من يتبنى منظوراً معيناً عليه ان يتحمل ما على هذا المنظور من سلبيات وقصور.

لقد حدثت تطورات جوهرية في دول العالم المتقدمة في مجال الصحة العقلية وتقديم الخدمات النفسية للمصابين بالاضطرابات النفسية والعقلية، ومع ان مجتمعاتنا العربية هي من أكثر المجتمعات في العالم من حيث توافر الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والثقافية...المفضية للإصابة بأنواع(بعضها جديدة) من السلوك الشاذ والاضطرابات النفسية والعقلية، فإن الخدمات النفسية فيها تكاد تكون من أفقر الخدمات الإنسانية إن لم تكن أفقرها.

وما دام كل شيء يقود إلى شيء آخر، فإنه لا يمكن أن يكون هنالك حد لتعقد الأشياء، لا سيما في عالمنا المعقد أصلاً، الذي زاده سرعة التغيير تعقيداً. وعلينا أن نتذكر قول ايسخلوس قبل أكثر من ألفي عام: **من، باستثناء الآلهة، يستطيع أن يعيش من دون ألم؟** ولكن بالرغم من أن العالم- كما قالت هيلين كيلر قبل أكثر من مائة عام- ممتلئ بالمعاناة، إلا أنه ممتلئ بالقدرة على تجاوزها.

والآن إليك فكرة عن الاضطرابات العقلية، فانظر الجدول لطفاً.

أحدث تصنيف لأهم الاضطرابات العقلية في (TR-IV-DSM)

(ابدأ بقراءته من اليسار)

أمثلة التشخيص	الوصف	الصنف
اضطراب الفزع- رهاب المجال- الرهاب المحدد- الرهاب الاجتماعي- اضطراب الوسواس- القسري- اضطراب ما بعد الضغوط النفسية- اضطراب القلق العام	اضطرابات تتضمن خبرة الشعور بالقلق الشديد، والهم والغم وتوقع الشر، تقود إلى سلوك يحمي صاحبه من خبرة القلق	اضطراب القلق Anxiety DISORDERS
اضطراب التجسيد، اضطراب التحول- اضطراب الألم- اضطراب توهم المرض- اضطراب سوء شكل الجسم	اضطرابات تتضمن شكاوى متكررة من أعراض جسمية و صحية غير مسندة بأدلة طبية	الاضطرابات النفسية الجسمية المظهر Somatoform Disorders
اضطراب النسيان النفسي- اضطراب الهيام أو الهروب النفسي- اضطراب الهوية الانشطاري- اضطراب تجريد الشخصية	اضطرابات يحدث فيها فقدان أو تعطل في: الذاكرة، الهوية، الإدراك أو التكامل السوي للوعي	الاضطرابات الانشطارية (التفككية) Dissociative Disorders
اضطراب الاكتئاب الكبير، الاضطراب ذو القطبين- اضطراب الاكتئاب السمتري- اضطراب الاكتئاب الدوري(الصنفان الرئيسان للإكتئاب هما:(الاكتئاب الهوسي والاكتئاب الخالص)	اضطرابات تتضمن قلق المزاج أو تعكيره	الاضطرابات الوجدانية (المزاج) Mood Disorders

الفصام - اضطراب الفصام الوجداني - اضطراب الوهم - الاضطراب الذهاني الموجز	اضطرابات تتضمن أعراضاً ذهانية (مثل تشوش في إدراك الواقع، واختلال في التفكير والسلوك والوجدان والدافعية	الفصام واضطرابات ذهانية أخرى Schizophrenia and other Psychotic Disorders
اضطراب الصيام العصابي - اضطراب الشره للطعام	اضطرابات تتصف بقلق أو إزعاج حاد في سلوك الأكل	اضطرابات الأكل Eating Disorders
اضطراب الأرق - اضطرابات الكوابيس والمشي في أثناء النوم	اضطرابات تتضمن إزعاجاً متكرراً في أنماط النوم المعتاد	اضطرابات النوم Sleep Disorders
اضطراب توافق مع قلق - اضطراب توافق مع مزاج مكتئب - اضطراب توافق مع سلوك أو تصرف مزعج	حالات تتصف بتطور أعراض انفعالية وسلوكية مشخصة سريرياً تظهر بعد ثلاثة أشهر من بداية التعرض إلى ضغط نفسي	اضطرابات التوافق Adjustment Disorders

الفصل الأول

مقدمة في تاريخ علم النفس
الشواذ والاضطرابات العقلية

- أبدت إعجابها بأذنيه، وعندما وصل إلى بيته، قطع أذنه، ووضعها في غلاف نظيف قدمه لها قائلاً: "إليك هذه الهدية الثمينة..ذكرى مني، فاحتفظي بها"، وكان هذا هو الرسام الهولندي فان كوخ.
- ويروى عن الموسيقار موزارت أنه كان يأمر طاهيته أن تأكل قبله، لأنه كان يتوهم السم في طعامه. وكان الموسيقار بتهوفن يستأجر أكثر من ثلاثة بيوت في وقت واحد. وإن مايكوفسكي رائد المدرسة المستقبلية في الشعر الروسي، أنهى حياته بطلقة، وكذلك فعل الروائي همنغواي، الحاصل على جائزة نوبل للآداب.
- ذكرت الصحف البريطانية ان طبيب الموت البريطاني(هارولد شيبمان) الذي حكم بالسجن المؤبد لقتله(15) من مرضاه، كان في الواقع قد قتل(300) شخصاً(خلال ثلاثين سنة من عمله طبيباً، وأنه كان يقتل ضحاياه دائماً بعد الظهر بحقنة مورفين(إنترنت، 2002).
- وبين عامي 1972- 1978، ارتكب رجل أعمال ناجح في شيكاغو اسمه (John Gacy) جريمة قتل (33) ولداً وشاباً، وكان يدفنهم تحت بيته، وفي أثناء محاكمته، لم يبدُ عليه أي اهتمام، ولم يشعر بتأنيب ضمير، بل أفاد بأنه كان يشعر بالمتعة.
- "لقيت إحدى العوائل بمحافظة(.....) حتفها على يد أحد أبنائها حيث قام بإطلاق النار من رشاشته على جميع أفراد عائلته من الأخوة والأخوات، فضلاً عن ضيوفهم الذين كانوا في زيارة عائلية"(جريدة نبض الشباب، 2002/07/15).
- خلال زيارة طلبة قسم علم النفس بجامعة بغداد لمستشفى الأمراض العقلية، مروا بشاب كان واقفاً في الساحة رافعاً يده اليمنى في الهواء، وواضعاً اليسرى على صدره، وعيناه شاخصتان نحو الشمس، وعندما غادروا المستشفى بعد ثلاث ساعات، رأوا الشاب نفسه، بالوقفة نفسها، وكأنه تمثال!.

- قال له طبيب القلب: " إن قلبك سليم معافى"، فلم يقتنع، فذهب إلى آخر وثالث وعاشر. وبالرغم من ان الفحوصات الطبية تؤكد سلامة قلبه، إلا انه يظل يطرق عيادات الأطباء.
- شاب سعودي مدمن على المخدرات، أقدم على قتل أمه وحرقها بدافع السرقة!(وكالات الأنباء، 2005/01/01)
- في المد البحري الهائل الناجم عن الزلزال المدمر الذي ضرب بلدان جنوب شرق آسيا، أصيب عدد من الناجين بكوابيس واضطرابات عقلية وهام بعضهم على وجهه في الأرض(وكالات الأنباء، 2005/01/10) .

مثل هذه الحالات، قرأتها أو سمعتها أو شاهدتها، وغيرها كثير تحمله لك يومياً الجرائد والمجلات والقنوات الفضائية والإنترنت.

فهل هذه حالات غريبة أم شاذة؟.

وهل هي حالات ضعفت فيها البصيرة في زمن لا يهم إن طال أم قصر، أم أنها جنون مطبق؟.

وما المعايير التي بموجبها نحكم على هذا السلوك بأنه سوي، وذاك شاذ أو غير سوي؟

ولماذا تحدث مثل هذه الحالات؟ هل بسبب ما نحمله من موروثات "جينات"؟ أم بسبب نوع وطبيعة ما تعلمناه في الأسرة والمجتمع؟أم أسباب أخرى؟

وما مدى شيوع مثل هذه الحالات- وأنواع غيرها أكثر- في المجتمع العراقي بشكل خاص، والعربي بشكل عام؟، ليس فقط لأسباب اقتصادية واجتماعية، بل لأن العنف فيها صار ينذر بزيادة الانحرافات السلوكية والاضطرابات العقلية والنفسية.

وهل هنالك وسائل أو طرائق لعلاج حالات السلوك الشاذ والاضطرابات النفسية والعقلية؟.

لعل ما يثير الدهشة أن"علم نفس الشواذ" ليس من مكتشفات علم النفس الحديث. ذلك أن "علاج"الاضطرابات او الأمراض العقلية كان قد بدأ في العصور البدائية. فلقد وجد الأثريون جماجم بشرية كانت قد نشرت بأداة تشبه المنشار، وحفرت فيها ثقوب صغيرة، أزيلت منها رقائق خفيفة، وأن هذه الجماجم تعود إلى سكان الكهوف.

ويميل الرأي إلى الاعتقاد بأن الظواهر الطبيعية التي تقع خارج سيطرة الإنسان من قبيل: الزلازل، الطوفان، الرعد والبرق، النار، الظلام، تعاقب الفصول.....كان يجري تفسيرها، قبل نشوء العلم، على أنها تحدث بفعل قوى غير طبيعية. وكان "اختلال" عقل الإنسان أو إصابته بالجنون يخضع للتفسير نفسه. فالجماجم التي وجدت فيها ثقوب صغيرة جرى تفسيرها على أنها تعود لأشخاص أصيبوا باضطرابات عقلية أو نفسية، وأن أسلافنا الأولين كانوا" يعالجون"هؤلاء بفتح ثقوب في جماجمهم لاعتقادهم بوجود أرواح شريرة في داخلها، وأن فتح هذه الثقوب يساعد على طرد الأرواح الشريرة من أدمغتهم.

وإن صح هذا الافتراض، فإن الإنسان البدائي يكون قد سجل تفسيراً علمياً متقدماً من حيث صواب تحديده للمكان"الجمجمة"، وصحة تشخيصه للعضو"الدماغ" الذي يؤدي الاختلال فيه إلى اضطراب في سلوك الإنسان وشخصيته. غير أنه أخطأ بطبيعة الحال في عزوه هذا الاختلال إلى قوى غير طبيعية.

ولأن بلاد الرافدين نمت فيها أعرق حضارة بشرية ومن أفضلها توثيقاً، فإن الرجوع إلى هذه الحضارة يقدم لنا صورة واضحة عن مفهوم "الشواذ" في السلوك البشري..ومن أسبابه وطرائق علاجه.... وبعضها ما يزال يمارس حتى الآن، على الرغم من مرور أكثر من ستة آلاف سنة عليها!.

كان البابليون ينظرون إلى الإنسان الشاذ على أنه مبتلى بعفريت وهو سبب مرضه. وكان لديهم اعتقاد بأن الإنسان الممسوس هو شخص آثم. وأن علاجه يتطلب اكتشاف الإثم، فيقوم منشد التعاويذ واسمه"الاشيبو" بقراءة جداول الآثام فلعل المريض اقترف بعضها عمداً أو سهواً، وما أن يشخص الذنب موضوع البحث حتى يتمكن"الاشيبو" من قهر العفريت الذي استغل الذنب لكي يحل في جسم المريض. أما إذا كانت الحالة معروفة جيداً من قبل، فإن العفريت يعرف أنه سيشخص بسرعة، وفي هذه الحالة تستعمل طريقة العلاج بالإقناع التدريجي للعفريت، وقد تتطلب بعض الحالات وجوب التخفيف من حدة تهديدات المعزمين وذلك عن طريق إعطاء الوعود التي تغري العفاريت بالرحيل من جسم المريض، كان يأخذ الكاهن خنزيراً رضيعاً، وبعد إجراء مقارنة بين رأس وجسم وأطراف الخنزير، وبين ما يقابلها من أعضاء المريض، يستدرج العفريت ليتخذ مسكناً له في جسم الخنزير، وهناك طريقة أكثر إغراء تتمثل في القراءة بصوت عال لقائمة من الهدايا سوف يتسلمها العفريت حال خروجه من جسم المريض، وهكذا فإن العفريتة "لاماشتو" مثلاً التي كانت

تقتل النساء الحوامل والأطفال، قبلت رشوة تضمنت تقديم ما يلزمها من مؤونة في رحلتها إلى العالم السفلي، إذ أعطيت حلياً وحماراً تقطع به الصحراء وزورقاً لعبور المياه الموجودة تحت الأرض، وهناك لوح برونزي، يرى المريض فيه ممداً على السرير يحيط به المعزمون وهم يرتدون ملابسهم الخاصة ومعهم الجن الصالحون، وقد انهمكوا في إبطال مفعول هجمات الشياطين في حين تتراجع العفريتة "لاماشتو" مثقلة بحمل الهدايا التي وعدت بها.

وكان البابليون يعتقدون ان هناك روحاً او عفريتاً لكل مرض، ومثل هذا الاعتقاد كان موجوداً لدى الصليبين والمصريين والإغريقيين، الذين كانوا يعزون الشذوذ في السلوك إلى ان الشخص تمتلكه روح شريرة بعد ان يسحب عنه الإله حمايته له، بل إنهم كانوا يعتقدون بان الحيوانات أيضاً يمكن ان تتملكها الأرواح أو الشياطين عندما تندفع بعنف لترمي بنفسها في البحر.

وفي الحضارة المصرية القديمة كان النوم في المعبد من الوسائل الأساسية للعلاج، وكثير من الأضرحة والمعابد للمصابين بالأمراض العقلية ومنها معبد "ممفيس". وكان الكاهن ينام مع المرضى "المعذبين" إذ كانوا يعتقدون أن إله الطب أو أحد أعوانه يزور المرضى في الليل ويأتيهم في أحلامهم وهم نائمون في المعبد، فمن يشفى منهم يغادر المعبد، أما الذين يتعذر شفاؤهم فإنهم يطردون من المعابد وقد يرجمون بالحجارة.

ونجد في الحضارة الإغريقية مدى واسعاً من وجهات النظر في كتابات الإغريق الطبية والحياتية والاجتماعية. فلقد عزا بوثاغورس(500ق.م) السلوك الشاذ إلى اضطرابات في الدماغ، يشاركه في وجهة النظر هذه أبو الطب هيبوقراط(400ق.م) الذي أكد اهمية الوراثة وأوصى بالعلاج المناسب(الحمية، الأدوية، السباحة، الخ......) تبعاً لنوع النمط الجسمي، واعتقد هيبوقراط ان سبب السلوك الشاذ يعود إلى عدم توازن أو الخلاط(السوائل)الأساسية الأربعة(السوداوي، الصفراوي، الدموي، والبلغمي). وكان هيبوقراط واحداً من الأوائل الذي صنفوا الاضطرابات العقلية إلى ثلاث فئات أساسية:(الهيجان Mania، السوداوية Melancholia، والخلل العقلي Phrenitis.

وأشار أفلاطون إلى أن الأحلام والخيالات(الفنتازيا) هي تعبير عن رغبات لم تشبع، (سبق فرويد في هذه المقولة)وأوضح أن المجتمع والحضارة يؤديان دوراً مهماً في التأثير في فكر الإنسان وسلوكه. غير أن أرسطو الذي جاء بعد أفلاطون (350ق.م) رفض هذا الربط

الاجتماعي النفسي، وأكد الأساس الكيماوي الطبي في شذوذ السلوك.

والحقيقة الملفتة للنظر أن الاسكندر الأكبر(325 ق.م) أسس مصحات عامة لمعالجة الناس المصابين بالاضطرابات العقلية والنفسية، استخدمت عدداً من وسائل العلاج من بينها: الحمية من الأكل، والتمارين الرياضية، والإرشاد الديني، وهناك ما يشير إلى ان الطبيب الإغريقي اسكليبوس(1200 ق.م) كان قد بنى معبداً فوق جبال عالية لمعالجة المرضى العقليين.

وتمثل وجهة النظر الرومانية في الأمراض العقلية والنفسية امتداداً للعصر الإغريقي بسبب أن الكثير من الأطباء الإغريق وطلبتهم كانوا قد نزحوا على روما، من بينهم ايسكليبيدس(75م) الذي ميز بين الاضطرابات "الحادة" و"المزمنة" وافترض انه بالإمكان تمييز الأوهام عن الهلوسات، وتحدث اريتايس(100م) حول المتصل(Continuum) بين العادي- الشاذ ووضع بعض أسس الطب الجسمي- النفسي، واعتقد كالن(170م) أن الشذوذ في السلوك يمكن ان يحدث بفعل تأثير تغيرات كونية على بعض العوامل العضوية في الإنسان، وتبنى وجهة نظر هيبوقراط في الشذوذ غير أنه أضاف إليها قوى روحية وأخرى غامضة.

ومن الملفت للنظر ان الحضارات القديمة استعملت وسائل علاجية يوصي بها علم النفس الحديث، منها ان المرضى كانوا يستحثون على الانشغال بنشاطات فنية وترويحية. وكانت تجري في نهر النيل وعلى ضفافه حفلات مجانية من الرقص والموسيقى.

غير أن النكسة في ميدان الطب ومعالجة السلوك الشاذ حدثت في العصور الوسطى، عندما استبدل الطبيب بالقس او الكاهن كخبير في السلوك البشري الشاذ ، وسادت وجهات النظر التي تعزو أسباب الشذوذ إلى العفاريت والقوى الروحية، وانتشرت الاعتقادات والخرافات بوجود الشياطين، ونظر إلى الإنسان غير المتوائم في سلوكه على أنه يتملكه الخوف من الشيطان، وانتشر السحر والسحرة في القرنين الخامس عشر والسادس عشر وحتى القرن الثامن عشر، وانتشرت الاضطرابات العقلية في هذه العصور التي سادتها الحروب والأوبئة والشعور الحاد بعدم الأمان، وظهرت حالة غريبة أشبه ما تكون بالجنون العام، ففي إحدى المرات انتشرت في إيطاليا ظاهرة "الرقص الجنوني" في الشوارع. ففي فصل الصيف (في بداية القرن الثالث عشر) وعندما وصلت درجات الحرارة على مستويات مرتفعة

اخذ الناس يقفزون فجأة... ويصرخون وكأن شيئاً ما يلسعهم كما لو كان نحلة أو"دبوراً" وصاح بعضهم انه يرى عنكبوتاً..وخاف الآخرون الذين ما أن تراءى العنكبوت لهم حتى ركضوا في الشوارع هائجين، ورآهم آخرون فانضموا إليهم... وشكلوا مجموعات كبيرة من الناس... واخذوا يدبكون على الأرض ويرقصون..ومزق بعضهم ثيابه وبقي عارياً..وجلد بعضهم الآخر بالسياط...فيما كان آخرون يرمون بآخرين في الهواء. وحفر قسم منهم حفراً في الأرض... فيما راح قسم آخر يتمرغ في الأوساخ ويهذي بكلام لا معنى فيه، ولقد اكتسح"الرقص الهيجاني" هذا إيطاليا ثم ألمانيا وبقية أوروبا.

وظهرت أعراض غريبة أخرى. ففي القرن الخامس عشر شعرت إحدى الراهبات في احد الأديرة برغبة في عض زميلاتها، وانتقلت تلك الرغبة إلى الزميلات.وانتشر هذا النوع من"الجنون"إلى اديرة اخرى في ألمانيا وأسبانيا وإيطاليا، فيما شاع في بعض المناطق الريفية من مرض "الاستذئاب" حيث يتوهم الشخص المصاب به من انه أصبح ذئباً.

لقد انتشرت حالات الشذوذ هذه في أوروبا في القرنين الخامس عشر والسادس عشر، وهي حالة حتمية لواقع تراجع فيه العلم وسادت فيه الخرافة والمجاعة والاضطرابات والحروب والأوبئة في أوروبا، فيما كانت بلاد العرب، وبغداد بالذات مركز الحضارة المتالق في العالم، التي أنشئ فيها مستشفى خاص بالأمراض العقلية في عام(592ميلادية) وحذت حذوها فيما بعد دمشق وحلب ومدن عربية أخرى في إنشاء مستشفيات او مصحات خاصة بالأمراض العقلية. وكان ابن سينا(980- 1037م) صاحب كتاب القانون في الطب ومؤلفات طبية أخرى قد تحدث عن الرحام"الهستيريا"والصرع والهوس والكآبة..وأوصى بحسن معاملة المرضى عقلياً ونفسياً. وبقي كتاب"فردوس الحكمة" لمؤلفه علي بن زيد الطبري(المتوفى عام 861م) أقدم موسوعة عربية في الطب وكتاب"الحاوي" لمؤلفه أبي بكر محمد بن زكريا الرازي(865- 925م) أحرز به وبمؤلفاته الأخرى شهرة واسعة. وظلت مصدراً مهماً من مصادر المعرفة في الغرب، يؤخذ بها دون مناقشة حتى القرن السابع عشر. وهناك عالم آخر وصف بأنه أعظم عالم مسلم في العصر الوسيط هو أبو الريان البيروني(973- 1053م) صاحب كتاب"الجماهير في معرفة الجواهر" الذي تجاهل فيه كلية وجود أية خواص سحرية للحجار. وسخر من حكايات الخوارق.

واهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الأحلام، ومنهم ابن سيرين، الذي سبق فرويد في ذلك، وكان لهم اهتمام كبير بالجانب اللاشعوري في الحلم وعدّوه(مكنون النفس) وبرعوا

في تفسير الرموز التي تظهر في الأحلام.

والقائمة طويلة بأعلام الأطباء المسلمين والعرب ومؤلفاتهم التي ترجمت إلى اللغات الأجنبية منها المؤلفات التي وضعها الطبيب ابن مطران الدمشقي(ت1198)، ومصنفان يضمان ملخصاً لجميع المعلومات السابقة في الطب يعدان أهم مصدرين للمعلومات عن تاريخ الطب، هما: "تاريخ الحكماء" للوزير علي بن يوسف القفطي(ت1248) و"عيون الأنباء في طبقات الأطباء" تأليف الطبيب ابن أبي اصيبعة(ت1270) الذي ذاع اسمه في الجامعات الأوروبية في القرن الخامس عشر، ويؤكد المؤرخون الأوروبيون ان مؤلفات علماء المسلمين الطبية التاريخية تشكل جزءاً مهماً من التراث الذي خلفه الإسلام للعرب، وهو تراث لا زالت أهميته وتأثيره مستمرين إلى اليوم.

غير أن هذا لا يعني أن المصابين بالأمراض العقلية كانوا جميعهم يعالجون بأساليب طبية. فلقد مرت على البلاد العربية فترات مظلمة شاع فيها الجهل وانتشرت الخرافة، وجرى عزو أسباب الشذوذ في السلوك، وخاصة الاضطرابات العقلية الحادة، إلى قوى غير طبيعية من قبيل الجن والشياطين والعفاريت، وطبيعي أن يتولى السحرة والعرافون "علاج" هذه الحالات بوسائل الأدعية والنذور والقرابين والطقوس والتعزيم وما إلى وما إلى ذلك، وكثيراً ما يثير المشعوذون الذين يحيطون أنفسهم عادة ببعض المظاهر الغريبة في الملبس والمسلك والحديث خرافات منها أن الجن والعفاريت والشياطين تسكن الأرض السفلى وتخرج ليلاً إلى أرض البشر فتعيث فساداً وغواية، وقد تصاحب بعض الناس أو تقوم بينه وبينها علاقات عاطفية، وعلاقات حب تصل أحياناً حد الزواج أو الإرغام عليه:زواج إنسي من جنية أغرمت به فأرغمته على اللحاق بها إلى الأرض السفلى، أو هي تأتي لتزوره ليلاً منافسة بذلك زوجته، وموقعة بينه وبينها الخلاف الذي يصل حد الطلاق، وكذلك زواج إنسية من أحد رجال الجن، ويشيع كثير من حالات الهلوسة الهذيانية(البصرية والسمعية)حول رؤية الجان واللقاء بهم وسماعهم في افراحهم وأحزانهم،ويعزز المشعوذون خرافة التلبس (أي أن فلاناً تلبسه شيطان) أو الخبطة (خبطة جني أو عفريت) في أذهان العامة من الناس للاضطرابات العقلية والنفسية من قبيل الصرع والرحام مثلاً. فشاعت بين الناس مفردات "ممسوس" و"مخبوط" و"متلبس" لحالات الشذوذ في السلوك، وهي نتيجة حتمية للتخلف أينما وجد.

ففي كل الأزمنة المظلمة التي مرت على المجتمعات الإنسانية المتباعدة زماناً ومكاناً، كانت أسباب السلوك الشاذ والاضطرابات العقلية والنفسية تعزى إلى قوى لا تمت إلى

الإنسان أو الأرض بصلة، وإنه في التحليل النهائي نجد أن الأنظمة الاجتماعية في الفترات المظلمة كانت تشجع وتغذي مثل هذه المعتقدات الخرافية لتبرئة نفسها مما يصيب الإنسان من إختلال عقلي أو اضطراب نفسي. ولتبعد عنها المسؤولية وإلصاقها بقوى خارقة.

وكان العلاج في العصور الوسطى يتم بوسائل التطهير على يد رجال الدين، وقد اعتنى الرهبان في العالم الغربي بالمضطربين عقلياً مستخدمين معهم الصلوات، والماء المقدس والأدوية المقدسة وزيارة الأماكن المقدسة، أو إعطائهم جرعات من أدوية(بعضها سامة) تثير فيهم حالات من الخيال(الفنتازيا) عندما يكون القمر شاحباً(مرحلة من مراحل القمر)، ثم أصبح التأكيد في التطهير على ضرورة تحطيم كبرياء الشيطان في الإنسان، بتوجيه ضربة قاضية له، وإهانته...سواء بمناداته بأوصاف بذيئة..أو تخويفه بضربه بالرصاص حتى يغادر جسم الإنسان، وبمرور الوقت أصبحت طرائق العلاج أكثر عنفاً وقسوة من قبيل: الجلد، الربط بالسلاسل، التجويع، وضع الأثقال على الصدر، الغطس في ماء حار.. بهدف إخراج الشيطان او العفريت الذي يستعصي على الخروج بوسائل التطهير والتخويف.

وساد في الفترة الأخيرة من العصور المظلمة(حوالي القرن الخامس عشر) اعتقاد بأن المرضى الذي تتملكهم الأرواح يكونون على نوعين:إما من دون إرادة المريض، وفي هذه الحالة يكون عقاباً له من الله على خطيئة ارتكبها، وإما بإرادة المريض وبالاتفاق مع الروح او الشيطان بعقد يوقع بينهما بالدم. ويكون هذا النوع، الذي يعقد الشيطان اتفاقاً معهم، قادرين على إحداث الفيضانات والأوبئة وإلحاق الأذى بالخصوم، وبإمكانهم إفساد الآلات الزراعية والحليب وتحويل أنفسهم على حيوانات إن أرادوا...وهكذا فإنهم عدّوا سحرة. وعدّ جميع المضطربين عقلياً سحرة.وقد أصدر البابا في عام 1484 أمراً طلب فيه من رجال الدين في أوروبا، لا سيما ألمانيا، استعمال الوسائل كافة للتعرف على السحرة، وحملهم على الاعتراف. وكان يتم تعرُّف عدد منهم عن طريق أعراض معينة مثل وجود بقع حمراء على الجلد او مناطق جلدية معدومة الإحساس، وكان بعض هؤلاء السحرة(أي المضطربون عقلياً) يعاقبون بقطع رؤوسهم او الخنق او الحرق وهم أحياء. واستمرت هذه المعتقدات سائدة إلى القرنين السابع عشر والثامن عشر بالرغم من التغيرات التدريجية البطيئة التي حدثت لصالح العلم، وقد ظهر أطباء وكتاب في العصور الوسطى انتقدوا أساليب الشعوذة والدجل والخرافة، بينهم مثلاً الكاتب السويسري بارسيلسيوس(1530م) الذي جاء بأفكار إنسانية

مفترضاً أن العوامل النفسية (وليس الشياطين والعفاريت) تسهم في إحداث التباين في سلوك البشر،وأن هناك صراعاً بين الرغبات الطبيعية وبين الطبيعية الروحية للبشر، ودعا إلى استعمال العلاج عن طريق مغناطيس الجسم، التي عرفت فيما بعد بالتنويم المغناطيسي، وقد لوحق هذا الرجل واضطهد بالرغم من انه كان يرى ايضاً بأن للقمر قدرة إلهية للتأثير في دماغ الإنسان، ولوحق أيضاً واضطهد، في الزمن نفسه، عالم الماني اسمه اغريبا(Agrippa) الذي رفض البدائية والإيمان بالشياطين والعفاريت، وقد هدد هذا الرجل.وحوكم... ومات فقيراً، وحاول سكوت(Scot) في بريطانيا أن يقف ضد التفكير الخرافي في تفسير الشذوذ، وطبع في القرن السادس عشر كتاباً تجرأ فيه على القول بأن"مواثيق الشيطان وسحر السحرة هي لاشيء، إنما بدع خاطئة ومفاهيم تخيلية" وللأسف فإن هذا الكتاب قد أمر بحرقه الملك جيمس الأول.

وأصدر جوهان واير كتاباً أعلن فيه ان جميع من عُذّب وسجن واحرق بتهمة ممارسة السحر ليسوا إلا مرضى عقلياً، ويعد هذا الرجل أول طبيب يتخصص بالاضطرابات العقلية، وأحد المؤسسين الحقيقيين لعلم نفس الشواذ الحديث.

لقد مهدت هذه التطورات إلى ما يسمى(العلاج الأخلاقيMoral Treatment) بعد أن انحسر تدريجياً الاعتقاد بالشياطين والعفاريت والأرواح. ونمت تدريجياً وجهات نظر جديدة بخصوص أسباب السلوك الشاذ وطرائق علاجه. وأحد أهم هذه التطورات ما حدث في عام(1793) على يد فيليب بينيل(Philippe Pinel في باريس، الذي تولى مسؤولية مستشفى للأمراض العقلية بالقرب من باريس، واستطاع الحصول على ترخيص برفع السلاسل والقيود عن المرضى العقليين، ومعاملتهم بأساليب إنسانية، فحصل المحتجزون في ذلك المستشفى على طعام جيد وملابس نظيفة وسمح لهم بتعريض أجسامهم لأشعة الشمس. وتعد مساهمة بينيل هذه البداية الحقيقية لمسيرة العلاج النفسي في فرنسا، التي سرعان ما تأثرت بها أوروبا وعدد من المستعمرات الأمريكية، وتقبلت رأي بينيل وفكرته القائلة بأن معظم المضطربين عقلياً هم في الأصل أفراد أسوياء، فقدوا قدرتهم المنطقية بسبب تعرضهم لظروف وضغوط نفسية واجتماعية.

وفي أمريكا قام بنجامين رش (Rush) بتنظيم فصول أكاديمية لدراسة الاضطرابات النفسية، وبذلك عد"أب العلاج النفسي الأمريكي". وحظيت دورثي دكس(Dix)بشهرة

واسعة في أمريكا خلال القرن التاسع عشر، وقامت بحملة إنسانية واسعة من أجل بناء أماكن خاصة بالذين يعانون اضطرابات عقلية، وأصرت على أن ترى كل فرد يعاني من هذه الاضطرابات قد وضع في مصحة عقلية.

ويعد هذا التوجه الإنساني والأخلاقي بدأ عصر العلم في النظر إلى أسباب وطرائق علاج السلوك الشاذ. ففي منتصف القرن التاسع عشر أعيد النظر من جديد بما كان هيبوقراط قد افترضه من تعاليم عن السلوك البشري والطباع والأمزجة وتصنيف الأمراض العقلية إلى (الجنون والميلانخوليا والتهابات المخ الهذائية Phrenitis)، وقد تولى هذه المهمة الطبيب الألماني كريسنجر(W.Griesinger) في كتابه الذي ألفه عام 1885عن"الطب النفساني"الذي أكد فيه"أن الأمراض العقلية هي أمراض دماغية". وأصر على أن أي تشخيص للاضطرابات العقلية هي مسألة فسلجية، وبتوكيده هذا تعمق البحث في المسببات الدماغية المادية للأمراض العقلية، وضرب مثلاً على ذلك حالة الجنون الزهري(شلل الجنون العام)، غير أنه لم ينجح في تفسير أمراض عقلية أخرى.

واضطر عدد من العلماء إلى التخلي عن الاتجاه المادي(الدماغي)، فيما استقر آخرون بينهم"لومبروزو"(11836- 1909) الذي ربط السلوك الإجرامي بالمرض العقلي والاعتماد على الملامح المظهرية(الشكلية) لتشخيص الميول الإجرامية وعلامات التحلل العقلي.

ولقد تم معرفة الكثير عن الجهاز العصبي للإنسان في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ولكن ليس بالشكل الذي يكفي للكشف عن الأساس العضوي لكل حالات السلوك الشاذ والاضطرابات العقلية، وكان الاكتشاف الأكثر إثارة هو النجاح الطبي بمعرفة الطبيعة التامة لمرض السفلس وأسباب نشوئه في عام(1857). ثم استطاع لويس باستور في (1860) ان يطرح نظرية الجرثومة للمرض(Germ Theory of Disease) مما وفر إمكانية الربط بين مرض السفلس والشلل العام.وتوالت الاكتشافات العلمي الطبية لمراض عضوية أخرى.وبسبب هذه الاكتشافات ساد المنهج العضوي في البحث عن أسباب الأمراض العقلية وعلم نفس الشواذ حتى القرن العشرين، وبدأ في أوروبا وبالذات في فرنسا والنمسا اتجاه جديد هو (الاتجاه النفسي) الذي يعزو نشوء الأمراض العقلية إلى أسباب نفسية، ربما لأن الكثير من الناس في أوروبا كانوا أيامها يعانون من الرحام(الهستيريا) أو اضطرابات التحويل(Conversion Disorders) .

كان أشهر طبيب اقترن اسمه بعلاج الرحام"الهستيريا" هو فرانز انتون مسمر(Mesmer)(1733- 1815) كان مسمر هذا، وهو نمساوي، قد دخل في صباه مسلك الرهبنة، وتركه ليدرس الحقوق، وتخلى عنه ليدرس الطب، وكانت أطروحته بعنوان"أثر الكواكب في جسم الإنسان" التي ضمنها رأيه بوجود مؤثرات بين الأجرام السماوية والأرض والكائنات الحية، وان سائلاً عام الانتشار في الكون هو الوسيلة لحمل هذه المؤثرات. وان هذا السائل الرقيق ينتشر في جميع الجسام ومنها جسم الإنسان وله صفات مغناطيسية حيوانية(Animal Magnetism). وبدأ مسمر بعلاج مرضاه، وكان العلاج يجري في قاعة واسعة، والنوافذ فيها مسدلة بستائر. وفي وسطها حوض نثرت فيه برادة حديد ومسحوق زجاج مملوء بالماء ومغطى بلوحات خشبية فيها فتحات تظهر منها قضبان حديدية، وكان محيط الحوض يكفي لوقوف ثلاثين مريضاً. وكان المريض يمسك بالقضيب الحديدي ويلمس به الجزء المصاب من جسمه، وبهذه الواسطة، كان يتأثر بالقوة العلاجية المغناطيسية بحسب تفسير مسمر، الذي كان يطوف بين المرضى مرتدياً بردة حريرية(ليلكية)براقة يلمس مرضاه بعصا حديدية بيضاء ويرميهم بنظرات حادة. وكان المرضى يتقاطرون على عيادته وأصاب حظاً وافراً من الفائدة العلاجية في الأمراض النفسية، بسبب قوة شخصيته وقدرته الفائقة على الإيحاء. والتأثير الكبير في المرضى الذين كانوا يأتون إليه وقد تهيأوا مسبقاً للاستعداد النفسي لتقبل الإيحاء.

ولقد اتهم مسمر بالتدجيل والشعوذة، فأصدرت اللجان الطبية في النمسا وفرنسا وإنكلترا تقارير أفادت بأن"المغناطيس الحيواني ما هو إلا فن إيقاع الحساسين من المرضى بحالات تشنجية". وغادر مسمر فرنسا وانتهى عهده، غير أن عملية التنويم المغناطيسي ظلت مرتبطة ارتباطاً وثيقاً باسم مسمر. وتدريجياً أصبحت دراسة التنويم المغناطيسي مقبولة، وظهر طبيب أعصاب فرنسي ذاع صيته في هذا الميدان هو مارتن شاركو، عالج ليس حالات الشلل الرحامي فحسب، بل وحالات العمى والصمم وفقدان الذاكرة الناجمة عن أسباب رحامية. وظهر تلميذ لامع لشاركو هو جان جانيه الذي عدّ من أبرز العلماء والمفكرين في تاريخ علم النفس والطب النفساني الحديث، وقدم نظرية في التحليل النفسي والعصاب والجنس واللاشعور.

وفي نهاية القرن التاسع عشر ظهر في فينا طبيب بارز هو جوزيف بروير اهتم بدراسة الأسباب النفسية للرحام. ثم ظهر فرويد بنظريته التي لم تؤثر فقط في ميدان علم نفس

الشواذ، وإنما في ميادين الفكر البشري بشكل عام. وكان بروير قد ابتكر طريقة التطهير (Cathartic Metho) "أو التنفيس" وأصدر في عام (1895) مع زميله فرويد كتابهما المشهور "دراسات في الهستيريا" الذي عدّ حجر الأساس في علم نفس الشواذ. وقد انتشرت أراء فرويد وأراء زملائه "يونك وادلر وآخرين" إلى جميع أنحاء العالم. وحمل أدولف ماير، وهو سويسري الأصل هاجر إلى الولايات المتحدة، أراء فرويد وتقدم بنظريته النفس- حياتية (Psychobiological) عن الأمراض العقلية التي أوضح فيها بان المريض هو وحدة بذاتها ينبغي دراسته من جميع النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية.

وعلى الرغم من أن الفضيلة التي تنسب إلى هذه الجهود أنها حولت الانتباه وأكدت على وجود أسباب نفسية لحالات الشذوذ، فإن علاج المرض العقلي كان قد دخل في النصف الأول من القرن العشرين باباً واسعاً باستعمال الأدوية المهدئة الحديثة والصدمات الكهربائية. وان اهم تطور حدث في النصف الثاني من القرن العشرين في ميدان علم نفس الشواذ هو ان التوتر والتعصب بين المدارس المختلفة قد خفت حدته، وظهرت نظريات جديدة في التعلم ومدارس بينها السلوكية والظواهرية، وعلم النفس الوجودي والمنحى الاجتماعي الثقافي(أو الحضاري) وشبه مدرسة تفضل الأسلوب الانتقائي(Eclecticism) يجمع بين كل ما يتلاءم وينسجم من أساليب بغض النظر عن انتمائها النظرية ما دام القصد هو تحقيق الشفاء للمريض.

-خارطة الجينات البشرية:

مع بداية الألفية الثالثة، دخل علم النفس الشواذ مرحلة جديدة. فقد أعلنت المحطات الفضائية وشبكة المعلومات الدولية(إنترنت) عن اهم اكتشاف علمي يفتتح به القرن الحادي والعشرين هو الخريطة الوراثية للإنسان، أو ما اصطلح على تسميتها ب"الجينوم" البشري، وصفته بعض المجلات العلمية ومواقع الإنترنت بأنه "ثمرة مجهود دولي عام" أو "الجهد الأهم في تاريخ البشرية" و"الفصل الأول في كتاب الحياة".

وأوضح الباحثون في المعاهد الطبية العلمية المعنية بالأمر، بأن النتيجة الأهم الخاصة بهذا الاكتشاف تتعلق بتفهم الأسس العصبية البيولوجية للفروق بين البشر وبفهم أفضل للأمراض النفسية والعمليات العقلية، بدءاً بالقدرة على الابتكار وانتهاء بالإجرام والجنون. وأفاد باحث(ماكغوفين) يعمل في هذا المشروع بأن الكشف عن الخريطة الوراثية للإنسان سيكون مفيداً، خصوصاً للاضطرابات النفسية الوراثية المنشأ، في مرحلة أولى قبل إعداد

أدوية. ويرى العلماء أن معرفة جميع المورثات وتحديد وظيفتها سيبشر بعصر جديد في العلوم والطب، وسيوسع المعرفة البشرية ويسرع من التشخيص والعلاج.

وخريطة المورثات البشرية، أو ما يسميه كثيرون ب"كتاب الحياة" لم تكتمل بعد، ويؤمل أن تنجز بكاملها قريباً، ومن المتوقع أن يضع الطب بحدود (2015) علاجات متكيفة مع التركيبة الجينية لكل فرد، ويعالج عدداً أكبر من الأمراض ومنها السرطان والسكري وجلطات الدماغ، وسيكون الأطباء قادرين بحدود عام(2025) على تصحيح العيوب الوراثية مما يؤدي إلى القضاء على بعض الأمراض الخلقية.

وعلى غير المتوقع، فقد كانت مفاجأة كبيرة لدى تقديم خارطة المورثات البشرية في قراءتها الأولى بصورة رسمية، إذ تبين أن المورثات الإنسانية ينحصر عددها بين(26ألف إلى40ألف) مورثة، فيما كان يعتقد ان عددها يتراوح بين(60ألف إلى100ألف جين). والدهشة الأكبر أن عدد جينات الإنسان تبين أنها تزيد على جينات (الجرذ) ب(300) جينة فقط!، وإننا نشترك مع الشمبانزي ب(99%) من عدد الجينات!.

ويبدو أن العلماء قد أصبحوا قاب قوسين أو أدنى من تحديد المورثات المسببة لعدد من الاضطرابات العقلية، فقد أشار عدد منهم إلى أن الجينات التي تسبب الفصام(الشيزوفرينيا) تكون في الكرموسومات(22، 13، 6، 8، 1).

وأفادت دراسة ألمانية أذاعتها (بي بي سي او ثلاين- انترنيت) صباح يوم (2000/03/01) بأن العلماء تمكنوا من تحديد الجين المسبب لحالة خطيرة من مرض الفصام، أطلقوا عليها "داء الخبل الهياجي" وأن هذا الجين موجود في كروموسوم(22).

وينبغي الإشارة إلى أن كل اكتشاف علمي كبير متعلق بالإنسان تكون له إيجابياته وسلبياته، من حيث توظيف معطيات هذا الاكتشاف. فقد أحيت الخارطة الوراثية جدلاً قديماً حول تأثير البيئة في المورثات وانعكاس ذلك على سلوك الإنسان وشخصيته، أي حول الموروث والمكتسب من صفات وطباع، بدءاً بدرجة الذكاء أو الجنون او القدرة على الابتكار، وإنتهاء بالأمراض أو العاهات النفسية أو صفات معينة كالميل إلى الحكمة والتروي والإحسان، أو الإجرام أو الشذوذ لهذا فمن المتوقع أن يحدث كشف الخريطة الوراثية للإنسان ثورة في التحليل النفسي وعلم النفس، وستتاح فرصة أفضل لفهم الأسس العصبية والبيولوجية للسلوك البشري، ليس بالصيغة التي تقود إلى الإيمان"بالحتمية الوراثية المطلقة" بل بالصيغة التي تؤكد التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل النفسية والاجتماعية

والحضارية ومن يدري، فقد يأتي على الإنسان حين من الدهر يكون عمره فيه أربعمائة سنة!!.

الخلاصة

مرّ علم نفس الشواذ بعصرين هما العصر قبل العلمي ويشمل ثلاث مراحل هي المرحلة البدائية والمرحلة المظلمة والكهنوتية والمرحلة الفلسفية(الميتفيزيقية). ويرجع التاريخ الحقيقي لهذا العلم إلى خمسمائة سنة قبل الميلاد، حيث بدأ على يد بيثاغورس وهيبوقراط. وساهم المفكرون العرب والمسلمون مساهمة جادة بنقل تعاليم الرواد اليونانيين وإضافاتهم الجديدة البارعة. وبرز مشاهير من العلماء العرب والمسلمين كانوا المصدر الرئيس للحضارة الأوروبية فيما بعد، بينهم: ابن سينا، والرازي(الذي استعمل الموسيقى والإيحاء والتسلية في العلاج النفسي) ووحيد الزمان وأحمد بن طولون، وكان العرب والمسلمون من أوائل الذين انشأوا المستشفيات (البيمارسيتانات) وخصصوا قسماً منها لعلاج الأمراض العقلية.

وبسقوط الإمبراطورية الرومانية انطفأ البحث العلمي الموضوعي في أوروبا وحل محله العصر المظلم الخرافي الذي امتد بين(300- 1500م)، وانعطف تاريخ علم نفس الشواذ في القرون السابع والثامن والتاسع انعطافة فلسفية، وأصبح موضوع الأمراض العقلية موزعاً بين الفلسفة والمناقشات والنظريات الميتافيزيقية العقيمة.

أما العصر الثاني: فهو العصر العلمي الذي يمكن تأشير بداياته في القرن السابع عشر الميلادي، لا سيما في فرنسا حيث ظهر فيليب بينيل الذي أكد ضرورة الملاحظة السريرية وأهمية العوامل النفسية في المرض العقلي، والدعوات التي توجهت نحو الإصلاح الجذري في معالجة الأمراض النفسية والعقلية التي قام بها كثيرون بينهم(توك) في إنكلترا، (مولر) في ألمانيا، (شياروجي) في إيطاليا، و(رش)و(دور ثيالبند ديكس) في أميركا .

ويمكن تأشير المرحلة العلمية الثالثة لعلم نفس الشواذ بعام(1845) عندما انتهى الصراع بين الفلسفة النظرية والعلوم التجريبية في ألمانيا إلى رجحان كفة العلم، وإصدار (كريسنجر) كتابه"الطب النفسي". وأخذ التوكيد على أهمية العوامل النفسية لحالات الشذوذ يشتد في النصف الأول من القرن العشرين على يد علماء بارزين بينهم(شاركو) و(جانيه) و(بروير) و (فرويد). ودخل علاج الأمراض العقلية باباً جديداً باستعمال العقاقير الطبية في النصف الأول من القرن العشرين، وتنوعت أساليب علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية القائمة على أسس علمية.

أما المرحلة الرابعة لعلم نفس الشواذ، فقد بدأت مع بداية القرن الحادي والعشرين بإعلان الخريطة البشرية- الوراثية، التي احتفى العالم بها ولم تكتمل بعد بفك رموز الرسائل الكيميائية الحيوية للإنسان ووضع تسلسل لأكثر من ثلاثة مليارات حرف من الحامض الريبي النووي منقوص الأوكسجين(DNA) .

إن دراسة علم نفس الشواذ، أو الاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية، تعني البحث في طبيعة التباين في السلوك، ولماذا يتصرف بعض الناس بشكل غريب أو غير متوقع، أو بطرائق دفاعية عن الذات، غير أن ما نعرفه عن الماهية السببية لهذا التباين أو الإختلاف هو أقل مما نتمنى ان نعرفه عنها. وسيركز هذا الكتاب في الطرائق التي حاول باحثون أصلاء من توجهات نظرية مختلفة لهم باع طويل في هذا الميدان، ليضعوا بين أيدينا ليس المعرفة المتعلقة بالأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات، وما نعدّه سلوكاً شاذاً فحسب، بل وايضاً ما يمكننا من التخفيف منها، وتحويل مسار من يسعى لإنهاء حياته إلى أن يكون أكثر تعلقاً بالحياة. أو في الأقل نكون كما يقول مثل صيني:

إذا كنت لا تستطيع أن تمنع طيور الهمِّ التي تحوم فوق رأسك،

فإنك تستطيع أن تمنعها من ان تعشش في شعرك

الفصل الثاني

السواء وغير السواء
تحديد مفاهيم ونماذج
توصيف السلوك الشاذ

شغل مفهوم السواء(Normality) وعدم السواء(Abnormality) ومرادفاتهما اهتمام الباحثين في علم النفس والطب النفسي، فحاولوا وضع معايير للتفريق بينهما، وتوصلوا إلى ثلاثة معايير عدّوها الأكثر شيوعاً في تحديد السلوك غير السوي559، p، 1998، Weiten ؛ (Nolen-Hoeksema2001 Sdorow ،1995، P،49

أول هذه المعايير هو التباين او الانحراف(Deviance). إذ يوصف الفرد بوجود اضطراب لديه عندما يصبح سلوكه متبايناً نوعياً وكمياً عن المعايير الاجتماعية المقبولة. وعلى الرغم من أن ما يتضمنه السواء يختلف، بهذا القدر أو ذاك، من حضارة إلى أخرى، إلا أن الحضارات لديها معايير متشابهة، وعندما يتجاهل الفرد معايير مجتمعه وتوقعاته، فإنه قد يعد مضطرباً نفسياً.

وثاني هذه المعايير هو السلوك غير المتكيف(Maladaptive Behavior). إذ يمكن أن يعد الشخص مضطرباً نفسياً إذا كان سلوكه يؤثر سلبياً وبشكل جدي في حياته الاجتماعية والأكاديمية والمهنية، فالشخص الذي يتعاطى الكحول بإفراط يؤثر ذلك في التزاماته الأسرية والاجتماعية والوظيفية، والشخص الذي يشك بالآخرين ولا يثق بأحد ويعتقد بان من حوله أعداء له، فإنه يصعب عليه الإبقاء بالتزاماته الحياتية. وكلتا الحالتين تمثلان سلوكاً غير متكيف، وعليه فإن نوعية السلوك تعطينا مؤشراً أو معياراً لوجود اضطراب نفسي أو سلوكي.

أما المعيار الثالث فهو الكرب الشخصي (Personal Distress). ذلك أن شكوانا مما ألم بنا من حزن أو كرب أو أي انفعال غير سار يحدد ما إذا كان لدينا اضطراب نفسي، وهذا ما يحصل بشكل خاص في حالتي الكآبة والقلق. فالفرد المكتئب، في سبيل المثال، قد يظهر عليه تباين(Deviance) في سلوكه أو سوء تكيف(Maladaptiveness) وقد لا

يظهر. ويوصف مثل هذا الفرد بأن لديه اضطراباً نفسياً عندما يشكو ألمه الذاتي ومعاناته إلى أصدقائه أو أقربائه أو الاختصاصيين النفسانيين.

وبالرغم من أنه ينبغي توافر اثنين من هذه المعايير أو ثلاثتها في الحالة الواحدة لكي توصف بأنها مصابة باضطراب وغير سوية، إلا انه ينظر إلى الأفراد على انهم مضطربون نفسياً او سلوكياً في حالة توافر معيار واحد منها (Sdorow، 497، P، 1995)

وعلى وفق هذا فإن السلوك غير السوي، أو غير المتكيف أو المصاب صاحبه بكرب شخصي، ينبغي ان يشير أن لدى هذا الفرد اضطراباً نفسياً، إلا أننا نرى ان هذه المعايير لا ترسم خطاً فاصلاً بين الفرد السليم نفسياً والفرد المضطرب نفسياً، وأن مواقعنا تتباين على هذا المعيار او ذاك.

وعليه تبقى هناك درجة من الذاتية حتى في أفضل الإجابات بخصوص الكيفية التي يجب أن يكون عليها التباين او عدم التكيف أو الكرب الشخصي قبل ان نقرر ان لدى هذا الفرد أو ذاك اضطراباً نفسياً، ذلك ان كل واحد منا تصرف في حياته لمرة أو مرات بطرائق متباينة عن السلوك المعتاد، وخبر الكرب الشخصي، وعرض لحالات من سوء التكيف، ومع ذلك لا نوصف بأننا غير أسوياء، وربما كنا على صواب إذا نظرنا إلى السواء واللاسواء بوصفهما نقطتين على نهايتي متصل(Continuum). وإنها لمسالة اختلاف في الدرجة وليس حكماً قاطعاً بين (إما، أو).

ونرى أيضاً ان الأفراد الذين لديهم أعراض من التباين في السلوك أو سوء التكيف او الكرب الشخصي، ويعيشون في المجتمع بوصفهم أفراداً أسوياء، هم والمجتمع أيضاً، أحوج إلى الكشف من الأفراد الذين يراجعون المستشفيات والعيادات النفسية والعقلية بوصفهم يعانون من اضطرابات متنوعة، مع إقرارنا بأهمية دراسة حالاتهم بهدف تحديد أعراض كل اضطراب بوضوح ودقة أكثر، لأغراض التشخيص الأدق والعلاج الأنجح.

ويقودنا المنطق إلى الافتراض بأن هناك الكثير من الأفراد، تزيد نسبتهم على المشخصين عيادياً باضطرابات نفسية وعقلية، تتوافر فيهم أعراض معيار أو أكثر من معايير عدم السواء، ومع ذلك فهم يعيشون في المجتمع ويؤدون وظائفهم ويبدون للآخرين سليمين نفسياً، ومن هؤلاء الذين يتصفون بالتفكير الاضطهادي.

وتتجلى الصورة أكثر عندما نقرر معايير السواء، إزاء معايير عدم السواء المذكورة في أعلاه

فقد يكون تعريف السواء(Normality) أكثر صعوبة من تحديد اللاسواء(Abnormality). ولكن معظم علماء النفس يتفقون على الخصائص الآتية لحالة الصحة النفسية الجيدة،(Atknsion، et al، 1981، Lahey ،2001)، مع الأخذ بنظر الاعتبار بأن هذه الخصائص لا تضع حداً فاصلاً في التمييز بين الصحة العقلية والمرض العقلي (Mental ill)، ولكنها تمثل سمات يمتلكها الشخص السوي بدرجة كبيرة عن الفرد الشخص ليس سوياً، وعلى النحو التالي:-

1. إدراك جيد للواقع:-

يكون الأفراد الأسوياء واقعيين في تقدير استجاباتهم"ردود أفعالهم" وقدراتهم في تفسير ما يجري من حولهم في العالم المحيط بهم، ولا يسيئون في الغالب،

إدراك ما يقوله الآخرون وما يفعلونه، ولا يبالغون، في الغالب، في منجزاتهم، ولا يبخسونها، ولا يتجنبون الصعوبات.

2. معرفة الذات:-

يمتلك الأفراد المتكيفون جيداً دراية مقبولة بدوافعهم ومشاعرهم، أكثر من الأفراد المشخصين مرضى عقلياً، وهم لا يخفون مشاعرهم المهمة ودوافعهم عن أنفسهم، بالرغم من أننا، بوصفنا أسوياء، لا نستطيع فهم مشاعرنا وتصرفاتنا بشكل كامل.

3. القدرة على ممارسة سيطرة اختيارية على السلوك:-

يشعر الأفراد الأسوياء بثقة مقبولة بخصوص قدرتهم في السيطرة على سلوكهم، وهم قد يكونون اندفاعيين أحياناً، إلا انهم قادرون على مقاومة الإلحاحات الجنسية أو العدوانية، وقد يفشلون في مسايرة المعايير الاجتماعية، لكن قراراتهم هنا تكون اختيارية وليس نتيجة لدوافع غير مسيطر عليها.

4. تقدير الذات وقبولها:-

يمتلك الأفراد المتكيفون جيداً تثميناً لذواتهم، ويشعرون بأنهم مقبولون ممن حولهم، ومرتاحون لوجودهم مع الآخرين، وهم يتصرفون بعفوية في المواقف الاجتماعية، ولا يشعرون بأنهم ملزمون للخضوع في آرائهم للآخرين، فيما يكون الإحساس بعدم القيمة والشعور بالاغتراب والنقص في القبول، شائعة بين المشخصين بضعف السواء أو عدم التوافق النفسي.

5. القدرة على تكوين علاقات صحيحة:-

يكون الأفراد الأسوياء قادرين على إقامة علاقات مودّة وصداقة مع الآخرين، ولديهم حساسية بمشاعر الآخرين، ولا يفرضون مطالبهم على الآخرين لإرضاء حاجاتهم الخاصة، فيما يكون الأفراد المضطربون عقلياً قلقين ومنشغلين في حماية أنفسهم وأمنهم ومتمركزين على ذواتهم. وعلى الرغم من أنهم يبحثون عن المودة والصداقة لانشغالهم بمشاعرهم الخاصة، إلا أنهم غير قادرين على تبادلها.

6. الإنتاجية :-

يكون الأفراد المتكيفون جيداً قادرين على توظيف قدراتهم في نشاط منتج ومتحمسين بخصوص الحياة، وليسوا بحاجة إلى دفع انفسهم لإشباع متطلبات اليوم الحاضر. فيما يكون النقص المزمن في الطاقة، والإحساس المفرط بالتعب، أعراضاً للتوتر النفسي الناتجة عن مشاكل غير محلولة.

تعدد المفاهيم وتداخلها:-

إن إحدى المشاكل التي يعاني منها علم النفس بشكل عام وفروعه المتعلقة بالاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية بشكل خاص، هو تنوع المفاهيم وتداخلها. فدراسة الاضطرابات (Disorders) بمعناها الوظيفي النفس، يقع ضمن ميدان يسمى"الاعتلال النفسي" (Psychopathology)، الذي يسمى او يطلق عليه أحياناً"علم النفس الشواذ" (Abnormal Psychology)، وهما يتداخلان ايضاً مع"علم النفس السريري" (Clinical Psychology)، الذي هو فرع خاص من علم النفس معني بدراسة الاعتلال النفسي، من حيث أسبابه والوقاية منه وعلاجه.

وهناك جدل بخصوص تعريف أو تحديد الاعتلال "أو المرض" النفسي (Psychopathology)، فبعضهم ينظر له على أنه مشكلة إحصائية، بمعنى أن الشخص الذي ينحرف أو تختل وظائفه النفسية عما هو سائد بين أفراد مجتمعه، فإنه يعد مصاباً باعتلال نفسي، لأنه خرج في تصرفاته وأصبح في الجانب المتطرف من السلوك السوي للناس، فيما يرى آخرون ان مصطلح"الاعتلال النفسي (Psychopathology) ينبغي ان يترجم حرفياً، وعندها فإنه سيحمل معنى مشابهاً لمعنى الأمراض(illnesses) ويردُّ عليهم آخرون بأنه إذا كانت أعراض الاعتلال النفسي هي أمراض، فأي أنواع هي هذه الأمراض؟ هل هي الجوانب النفسية لبعض الاضطرابات الجسمية الخفية، من قبيل وجود ضرر في وظيفة

الدماغ او عدم توازن بايوكيميائي؟ أم أنها أمراض عقلية(Mental illnesses) ذات مناشيء نفسية، من قبيل تعلم الآليات أو الحيل الدفاعية ضد القلق؟.

سنرى، في الفصول القادمة، أنه لا يوجد جواب واحد لهذه الأسئلة. والسبب الرئيس يعود على أن موضوع (الاعتلال النفسي) (Psychopathology) ميدان واسع ومزيج من المعرفة والمعلومات من هذا الفرع العلمي في علم النفس أو ذاك. فالبعض يرى أن مصطلح (المرض) (illnesses) يبدو مناسباً تماماً، فيما يرى آخرون أن هذا المصطلح غير واضح، فضلاً عن ان المشتغلين في ميدان الاعتلال النفسي متعددون، بينهم:- المعالج النفسي، وعالم النفس السريري، والاختصاصي في الصحة النفسية والعقلية، وعالم النفس، والباحث الاجتماعي.

ولعل الصورة تتوضح بعض الشيء في توصيف العاملين في هذا الميدان بأربعة فقط، هم:-

1. العالم بعلم النفس المرضي(Psychopathologist) .

وهو الاختصاصي بالصحة العقلية(Mental Health) الذي يجري بحوثاً في طبيعة نشوء وتطور الاضطرابات العقلية والانفعالية وهؤلاء يختلفون في خلفيتهم الأكاديمية، فمنهم من يكون قد تدرب بوصفه عالم نفس تجريبي (Expermental Psychologist)، ومنهم من يكون طبيباً نفسانياً (Psychiatrist)، وآخرون ذوو إختصاص في الكيمياء الحيوية . (Biochemists)

2. عالم النفس السريري(Clinical Psychologist).

وهو الشخص الذي يكون قد حصل في العادة على شهادة دكتوراة في علم النفس، او شهادة في الطب النفسي ويكون قد تلقى تدريباً في عيادة او مستشفى عقلي (Mental Hospital) ويُعدُّ علم النفس السريري فرعاً من علم النفس يهتم بدراسة الاعتلال "أو المرض".

3. الطبيب النفساني(Psychiatrist).

ويسمى ايضاً طبيب الأمراض العقلية ويكون في العادة طبيباً (Physician) حاصلاً على شهادة (M.d) وتلقى تدريباً متخصصاً بعد حصوله على الدكتوراه، فيما يسمى الإقامة(Residency) في مستشفى، ويكون متخصصاً في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية والانفعالية والوقاية منها.

4. المحلل النفسي (Psychoanalyist).

وهو المعالج (Therapist) الذي تلقى تدريباً متخصصاً في التحليل النفسي بعد حصوله على شهادة في الطب(M.d) أو شهادة دكتوراه في الطب النفسي.

ولدينا بطبيعة الحال عالم النفس(Psychologist) ويكون حاصلاً على شهادة دكتوراة أو ماجستير في علم النفس، والباحث الاجتماعي Social Worker الذي يكون حاصلاً على شهادة جامعية في ميدان تخصصه.

إن هذا التوصيف يوضح للقارئ الكريم مدى التداخل الموجود بين العاملين في الصحة العقلية أو في المصطلح الأعم، الاعتلال أو(المرض) النفسي (Psychopathology)، الذي يستهدف دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، التي إذا توافرت في شخص ما وأثرت في أدائه لوظائفه، عدٌ هذا الشخص غير سوي، وتنضوي دراسته تحت ما يسمى علم النفس الشواذ (Abnormal Psychology).

ومن الضروري لطالب علم النفس أن يعرف ويفرّق بين معاني المفاهيم الشائعة الآتية في علم نفس الشواذ:-

1. العُصاب (Neurosis).

ويعني سلوكاً حياتياً يعوزه التكيف، ويتصف بالقلق،والانهزامية دفاعاً عن الذات، ومن خصائصه اللاواقعية في تقييم المحيط، وتجنب مواجهة الضغوط والمشكلات وإيجاد حلول لها، والميل إلى الاستمرار في هذا السلوك بالرغم من طبيعته غير المتكيفة والمفضية إلى إفشال الذات.

ويعني العصاب في التصانيف النفسية الحديثة مجموعة كبيرة من الاضطرابات غير الذهانية تتصف بقلق غير واقعي ومشكلات مصاحبة، وقد استبدل النظام التشخيصي لجمعية الطب النفسي الأمريكية (D S M) مصطلح العصاب، بمصطلح"اضطرابات القلق" التي تشمل:اضطرابات الفزع، والرهاب،والوسواس- القهري، واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، والقلق العام، فيما وضعها تصنيف منظمة الصحة العالمية(WHO) في مجموعة كبيرة تحت عنوان(الاضطرابات العصابية ذات العلاقة بالضغوط والاضطرابات النفسية الجسمية)، تشمل:اضطراب قلق الفزع، والقلق العام، والقلق المصحوب بالكآبة والوسواس القهري، واضطرابات سوء التوافق وتلك الناتجة عن الضغوط الحادة، واضطراب ما بعد

الشدة، واضطراب التفكك او الإنشطار. ويعّرف ايضاً بأنه اضطرابات نفسية مصحوبة بمحاولات غير تكيفية(سوء تكيف) للتعامل مع القلق.

2. الذهان(Psychosis):

اضطراب عقلي حاد، يفقد الفرد صلته بالواقع، مثل اضطراب الفصام" الشيزوفرينيا".

إن الفرق الرئيس بين هذين المفهومين هو أن إدراك الذهاني للواقع الذي يعيش فيه يكون مشوهاً بدرجة كبيرة، وقد يفقد اتصاله بالواقع. أما العصابي فإنه يبقى على اتصال بالواقع، على الرغم من إنه يشعر بالضعف، والعجز وسوء التوافق مع نفسه ومع الآخرين، فضلاً عن إن الذهاني يكون تفكيره مضطرباً، وسلوكه غريباً أو شاذاً، وعلاقاته الاجتماعية تكاد تكون مفقودة تماماً.

3. الاضطراب(Disorders):

كان الشائع هو استعمال مصطلح"المرض النفسي أو العقلي" وتعني في اللغة الإنجليزية(Disease) أو(illnesses). ولأن هاتين المفردتين مصطلحان طبيان يصفان حالة الفرد عندما يصاب عضو من جسمه بمرض، سببه جرثومة يمكن تشخيصها ولأن الحالات النفسية والسلوكية والعقلية غير السوية لا تكون ناتجة عن جرثومة محددة. وتجنباً للإشكاليات التي يحملها مفهوم"المرض" فإنه من الأفضل تداول مصطلح "اضطراب" لوصف ما كان يصطلح عليه"بالمرض النفسي".فضلاً عن أن وقع"اضطراب" على المراجع، أخف، نفسياً، من وقع"مرض".فقولنا"مضطرب نفسياً" أخف كثيراً من قولنا"مريض نفسياً".

4. الصحة العقلية(Mental Health):

الصحة العقلية لا تعني غياب الضيق أو الكرب(Distress) أو إنعدام الصراع داخل الذات، بل تعني التفكير بوضوح وبشكل عقلاني، وعلى نحو منطقي مصحوباً بالآتي:-

أ. التمكن من مواجهة التغيرات التي تفرزها الحياة.

ب. التمكن من مواجهة الضغوط.

ج. القدرة على التصدي للصدمات.

د. تحمل وطأة الإخفاقات والفشل.

هـ. المحافظة على الاستقرار الانفعالي والاتزان الوجداني.

وتفيد نتائج البحوث الحديثة بان الأشخاص الذين يتمتعون بالصحة العقلية والنفسية، يتصف سلوكهم بعدد من الخصائص أهمها:

إدراك الواقع كما هو- تقبل البيئة الطبيعية والبشرية- النظرة الواقعية إلى تحديات الحياة- تحمّل المسؤولية- تقييم النفس بشكل متوازن- إقامة علاقات إنسانية حميمة- العمل بما يتلاءم والقدرة العقلية- الشعور بقيمة الإنجاز وثمرة الجهد. واضيف لها مؤخراً الجانب الروحي بالمعنى الإيجابي للإيمان.

5. الاضطرابات العقلية أو النفسية(Mental Disorders):

هي أعراض أو أنماط نفسية- سلوكية محددة تحديداً إكلينكياً دقيقاً تظهر على شخصية الفرد وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالضغوط التي يتعرض لها في حياته الحاضرة مثل الوفاة الصادمة، والألم المبرح، والعجز أمام ظروف الحياة، ومواجهات العقبات المستعصية .

6. الجنون(Insanity):

مصطلح قانوني او شرعي(Legal)، وليس نفسياً او طبياً نفسياً، يوصف صاحبه بأنه غير مسؤول عن أفعاله الخاصة، بما فيها السلوك الإجرامي، ويفضل المختصون بالطب النفسي تداول مصطلح"اضطراب عقليMental Disorders" بدلاً منه.

7. اضطرابات الشخصية(Personality Disorders):

نمط ثابت من الخبرة والسلوك يتجه بشكل منحرف عن الحضارة (الثقافة) التي ينتمي إليها الفرد، يتصف بالشمول وعدم المرونة، ويبدأ في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر على ما ترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي. وهناك تعاريف أخرى لها منها:-

"إنها انماط من السلوك غير المتكيف، وغير المرن، والمستمرة طويلاً، وتظهر على الأشخاص المصابين بها سمات شخصية مفرطة ومتصلبة، تضعف من توافقهم مع بيئتهم".

وقد استقر عدد الاضطرابات الشخصية في آخر صورة للمرشد التشخيصي الإحصائي(DSM-IV) على عشرة انواع، يصنفها الاختصاصيون في الشخصية إلى ثلاث مجموعات، تسمى الأولى: (القلقة/الخائفة) وتشمل اضطرابات الشخصية: التجنبية، والإعتمادية، والوسواسية- القهرية- وتسمى الثانية:(الشاذة أو الغريبة الأطوار): وتشمل اضطرابات الشخصية شبه الفصامية، والفصامية النموذجية، والزورية (البارانويا). أما الثالثة فيطلق عليها(الدرامية/الاندفاعية) ، وتضم اضطرابات الشخصية

التحويلية(الهستيرية)، النرجسية، الحدّية (البين بين)، والمضادة للمجتمع، وتوصف أيضاً بأنها اضطرابات حادة في النزعات التكوينية والسلوكية مصحوبة بمشكلات شخصية واجتماعية، وان تشخيصها لا يكون مناسباً قبل سن (17) لأنها تظهر في الطفولة المتأخرة أو المراهقة.

8. الضغوط النفسية(Stress):

هي أحداث خارجة عن سيطرة الفرد تجعله في وضع غير اعتيادي، او هي متطلبات استثنائية عليه، أو تهدده بطريقة ما...أو هي الصعوبات والأحداث التي تسبب للفرد توتراً او تشكل له تهديداً.

والضغط على أنواع، منها: استجابة الضغط الحاد، وهو اضطراب حاد ينشأ لدى الفرد من دون ان يكون مصحوباً باضطراب عقلي، يحصل نتيجة لتعرض الفرد إلى ضغط جسمي أو عقلي استثنائي (مثل حالة فتاة مخطوفة). واضطراب ضغط ما بعد الشدة. وهذا يتخذ شكل اضطرابات ضغوط وصدمات نفسية متبقية آثارها من الماضي(مثل حالة جندي خاض حرباً ضارية، أو تعرض الشخص لحالة قصف جوي).

ومصادر الضغوط النفسية هي أحداث سببت للأفراد الذين تعرضوا لها، صدمات جعلتهم يتوجسون خيفة من كل ما في الحياة، في الغالب، حيث يشعرون بعدم الأمان، ويتوقعون أحداثاً مؤلمة، تؤدي إلى ما يسمى باضطراب التوافق.

-نماذج توصيف السلوك الشاذ:-

تتنوع النماذج الخاصة بالسلوك الشاذ، من حيث طبيعة فهمها له ولأسباب وطرائق علاجه. ويقصد بالنموذج هنا(Model) وجهة نظر محددة في تفسير السلوك الشاذ، يمكن تحديدها بخمسة نماذج (أي خمس وجهات نظر) لها تفسيرات أو إجتهادات مختلفة بخصوص الشذوذ في السلوك، هي: النموذج الإحصائي (Statistical Model) والنموذج الفسيولوجي (Physiological)، والنموذج التحليلي(Psychoanalytic)، ونموذج التعلم(Learning) ، والنموذج الإنساني (Humanistic)، ولكل منها افتراضاته الخاصة بتفسيره للسلوك الشاذ.

فالنموذج الإحصائي يفسر السلوك الشاذ على أساس أن الناس او الأفراد في المجتمع يأخذون شكل المنحنى الجرسي، أو المنحنى الطبيعي (Normal Curve) عندما يتوزعون في ظاهرة معينة، كالذكاء والطول مثلاً، فأكثرية الأفراد في المجتمع يكونون متوسطي الذكاء

ويقعون في وسط المنحنى، فيما يشكل العباقرة والأغبياء القلة القليلة ويكونون على طرفي التوزيع..وهكذا بالنسبة إلى الطول، وأية ظاهرة خاصة بالبشر، ومنها السلوك الشاذ، وعلى وفق هذا النموذج فإن المرء يكون شخصاً سوياً إذا وقع في وسط المنحنى. أما إذا انحرف عن المعدل أو الوسط العام للناس، في سمة معينة او سلوك معين، عدّ هذا الشخص غير سوي، ولنأخذ القلق مثالاً على ذلك، فالأشخاص الذين يكون مستوى القلق لديهم بشكل حاد، واولئك الذين لا يقلقون(أي الذين يقعون على طرفي منحنى التوزيع الاعتدالي) فإنهم يعدّون غير أسوياء.

وإذا كان هذا التفسير للسلوك الشاذ يبدو رياضياً أو إحصائياً، يتحدد من خلال موقع الفرد على منحنى التوزيع الاعتدالي، فإن النماذج الأخرى تذهب إلى ابعد وأعمق من ذلك، في تفسيرها للسلوك الشاذ، وسنأتي على هذه المنطلقات النظرية بشيء من التفصيل والوضوح في موقعين من هذا الكتاب: فهمها العام للسلوك الشاذ، وتفسيرها لسلوك شاذ محدد مثل السلوك المضاد للمجتمع، أو"السايكوباث".

ومع ذلك فإليك- أيها القارئ الكريم- فكرة موجزة لثلاثة من هذه المنطلقات النظرية: فالنموذج الطبي(Medical Model) يفترض أن الأسباب الأساسية للسلوك الشاذ هي عضوية، ومن ثم، فإنها حالة مرضية ينبغي أن تعالج بالعقاقير الطبية. فيما يرى أنموذج التحليل النفسي(Psychoanalytic Model)إن الاضطرابات العقلية ناتجة عن أسباب نفسية وصراعات غير شعورية، تعود في الغالب إلى مرحلة الطفولة المبكرة.

أما أنموذج التعلم (Learning Model) فإنه يميل إلى أن يعّد الاضطرابات العقلية بوصفها نتائج لتعلم غير متكيف- وترى الصورة الأحدث لنموذج التعلم هذا، التي يطلق عليها النموذج المعرفي- السلوكي- (Cognitive Behavioral Model) إن الاضطرابات العقلية ناتجة بسبب عادات تفكير خاطئة، مثل حالة التشاؤم او توقع حدوث كارثة، وعليه فإن الطريقة الصحيحة للعلاج تكون بتغيير الطريقة التي يفكر بها المريض بخصوص نفسه، وموقفه أو ظرفه ، ومستقبله، وسيتوضح لنا ذلك تفصيلاً في الفصول القادمة من الكتاب.

الفصل الثالث

النموذج

الحياتي - الطبي

-النموذج الحياتي-الطبي للسلوك الشاذ:

كانت النظريات الحياتية(البيولوجية) أكثر النظريات شيوعاً في تفسير السلوك الشاذ، على الرغم من اختلافها في تحديد أسباب ذلك السلوك.فمنها - على سبيل التمثيل- افترضت أن الاضطرابات السلوكية تنتج بسبب عدم انتظام عمليات جسمية من قبيل النقص في الإنزيمات، وأشكال أخرى من عدم التوازن الكيماوي، وبعضها أكدت بصيغة الجزم أن الكثير من حالات الجنون سببها سموم دخلت الجسم وأثرت في الدماغ.

وبالرغم من اختلافاتها الجوهرية في تحديد سببية السلوك الشاذ، إلا أنها تجمع على فكرة واحدة هي: أن الاضطراب في السلوك يدل ضمناً على اضطراب عضوي.

لنتفحص الآن أهم هذه النظريات.

-النظرية البنيوية (بنية الجسم):-

افترضت واحدة من أقدم وجهات النظر العضوية بأن الاختلافات (البنيوية أي الاختلافات في بنية الجسم) مسؤولة عن جميع أنماط الشخصية، وعلى هذا الأساس ظهر"علم التشكل"(Morphology). الذي يعني دراسة الشكل وتركيب الأجهزة البيولوجية. ومنه ظهرت الفراسة التي تعني فن التعرف على شخصية الفرد عن طريق ملاحظة توافر بعض السمات الجسمية فيه لا سيما الرأس والوجه واليد، ويعّد العالم الفرنسي(كريتشمر) (1925) أول من حاول في أوائل هذا القرن الربط بين خصائص جسمية معينة وخصائص مزاجية، معتقداً بتوافر ارتباط عضوي بين الجسم والمزاج،واقترح أربعة أنماط جسمية هي:النحيفة، البدينة، الرياضية، والناقصة او المشوهة. ترتبط بكل منها سمات او أمزجة محددة، ولقد قام من بعده(شيلدن) بتوسيع وتطوير جهود كريتشمر وحاول الربط بين مظاهر الجسم وخصائص الشخصية على أسس قياسية، فقسم بنية الجسم إلى ثلاثة

أقسام هي: الطبقة الظاهرية والطبقة الوسطى والطبقة الباطنية، وذلك تبعاً لدرجة ظهور الأعضاء الجسمية. وأقام لها أصنافاً مقابلة للشخصية هي: الشخصية الظاهرية والشخصية الجسمانية، والشخصية الأحشائية. وقد لاحظ شيلدن أن أصحاب البنية الظاهرية يتصفون بالمزاج العصبي، فيما قال عن أصحاب الشخصية الجسمانية أو الجسمية بأنهم يميلون إلى حب السيطرة والتسلط والتنافس والحركة، أما أصحاب الشخصية الأحشائية فيميلون إلى حب الراحة والمتعة والاتصال الاجتماعي. وقد شعر شيلدن بأن انماط الشخصية التي جاء بها قد تؤول إلى ما آلت إليه تقسيمات كريتشمر إذا لم تستند إلى أساس علمي من القياس، لذلك وضع لكل نمط من أنماط البنية والمزاج الذي جاء بها مقياساً من سبع درجات ليتجنب العموميات التي جاء بها كريتشمر، ويرى بعضهم أن هناك ما يؤيد نظرية شيلدن بأنها تعطي بعض النتائج التي تتوافق إلى حد ما مع واقع الشخصية (كمال، 1983، ص100)، ولكنك لو اخترت شخصاً تعرفه، نحيف الجسم(ظاهرية) أو رياضي(جسمية) أو سمين(حشوية) وطبقت عليها تصنيف شيلدن فهل سيكون هناك تطابق تام بين المزاج أو السمات الفعلية لهذا الشخص، وتلك التي وضعها شيلدن؟.

إن تنبؤات شيلدن يمكن ان تكون دقيقة جداً على حالات قليلة جداً ودقيقة إلى حد ما على آخرين، وخاطئة تماماً على البقية، وبالرغم من وجود نزعة ضعيفة نحو العلاقة بين المزاج ونمط الجسم التي تنبأ بها شيلدن، فإنه لا يبدو ان جسم الإنسان يمكن أن يعد متنبئاً قوياً جداً عن شخصيته او انماط سلوكه.

وما يهمنا هنا هو أننا إذا طبقنا معطيات النظريات البنيوية لشيلدن والآخرين على السلوك الشاذ، فإنها ستكون مخيبة للآمال. فلا توجد هنا علاقة قوية أو ثابتة بين تصانيف الطب النفسي وبين أنماط الجسم، فضلاً عن أن نمط الجسم لا يتصف بالثبات ومن ثم يمكن أن يتغير من نمط جسمي(نحيف مثلاً) إلى نمط(رياضي) ومع ذلك فإن هذه النماذج القائمة على بنية الجسم يمكن أن توفر معلومات مفيدة ولو قليلة للمعالج النفسي.

-النظريات الكيماوية:-

تفترض هذه النظريات بأن مواد كيماوية محددة هي السبب(أو في الأقل تساهم) في السلوك المضطرب. وبما أننا سنمر في الفصول القادمة على عدد منها، فإننا سنركز هنا على نظرة عامة لها.

ينطلق الباحثون من حقيقة أن الجهاز العصبي يعتمد في عمله وإدامته على مواد كيماوية متنوعة، وهم يسلكون ثلاث استراتيجيات تجريبية لمساعدتهم في التحقق من شكوكهم العلمية بخصوص أهمية كيماوية الجسم في السلوك الشاذ والاضطرابات العقلية، وذلك من خلال:

1. تحديد العقاقير التي تؤدي إلى تحسن في الاضطراب(ودراسة التأثير الكيماوي للعقار).
2. دراسة العقاقير التي تكثف أو تقوي الاضطراب، او التي تحدث أعراضاً مشابهة له.
3. مقارنة كيماوية جسم الإنسان"العادي"بالفرد"المضطرب".

إن إحدى النظريات الأساسية الأولى التي حاولت الربط بين اضطراب السلوك ومادة كيماوية محددة هي نظرية هيث(Heath) وجماعته، الذي افترض أن دم المصاب بمرض الفصام(الشيزوفرينيا) يحتوي على مادة أطلق عليها اسم"التاراكسين"(Taraxein)، وأن هذه المادة البروتينية هي المسؤولة عن السلوك الذهاني(Mahoney ،1980 ،P ،60).

وأجريت بحوث تجريبية تم فيها أخذ مصل من دم شخص مصاب بالفصام وحقنه في جسم طبيعي، فظهرت عليه علامات أمراض الفصام. وعزز هذا الاكتشاف في البحوث التي تربط أو تعزز اضطراب السلوك إلى وجود اضطراب كيماوي في تمثيل البروتينات او الأمينات، غير أنه يجب الحذر في المصادقة على هذا الاستنتاج. فما يدعو للشك هو ان يكون التاراكسين(وأية مادة أخرى مشتبه بها) ليس سبباً للمرض بل نتيجة له. كما انه ليس من السليم مقارنة نتائج الفحوص الجسمية للمرضى العقليين بالأشخاص العاديين. فقد وجد اختلاف كبير بين كيماوية دم البول للمصابين بالذهان بالأفراد العاديين، وادعى بعضهم بقوة انه وجد المفتاح الكيماوي للمرض العقلي.غير ان دراسات لاحقة كشفت ان ذلك الاختلاف (في كيماوية الدم والبول) يعود إلى أن المصابين بالذهان هم من المرضى الراقدين بالمستشفيات وانهم كانوا يدخنون كثيراً. ويشربون القهوة بكثرة. فضلاً عن ان غذائهم في المستشفى أقل نوعية من غذاء الأفراد العاديين. وهكذا فإن الاختلاف لا يحدد السبب بالضرورة. وإن التباين الكيماوي، في الحالات أعلاه، كان نتيجة ما يشربون ويأكلون في المستشفى وليس السبب.

وطرحت في الخمسينات من القرن الماضي عدة فرضيات بخصوص إمكانية عدم انتظام كيماوية الجسم لدى المرضى الذهانيين، الكثير منها تتعلق بنقل الحوافز أو

الرسائل العصبية، حيث يتوقف النشاط العصبي، كما مر بنا، على تكوينه الكيماوي، واعتقد الكثير من علماء النفس بأن السلوك الشاذ ربما يحدث بسبب عدم التوازن الكيماوي في الجسم، ففي الكآبة مثلاً شاعت إحدى النظريات بان سبب هذا الاضطراب يعود إلى نقص في مركبات "الكاتي كولامين" (Catecholamine)، عند مراكز الاستلام العصبية (1970، 1965، Schildkraut).

ومع ذلك فإن العلم يتطور في هذا الميدان، والتجارب قائمة مما توحي بإحراز تقدم في الأسباب الكيماوية للاضطراب السلوكية.

-النظريات الغذائية:-

تركز هذه النظريات في العوامل الكيماوية، ولكن اهتمامها الأساس يدور حول وجود أنواع من الأغذية تحمل مواد حيوية نشطة يمكن أن تكون السبب في الاضطرابات السلوكية، ولقد بالغت هذه النظريات بأن عزت أبسط أنواع هذه الاضطرابات وصولاً لأعقدها (الفصام) إلى عادات غذائية رديئة، ويعلق (Erhard) بأن الأساس الذي قامت عليه وجهات النظر الغذائية هو في الغالب معتقدات دينية وخرافية، وأجريت بحوث حول هذا الموضوع طرحت مسائل للنقاش من بينها:-

1. هناك أنواع معينة من الغذاء أساسية لإنجاز الجسم لوظائفه وبخاصة بالنسبة للعمليات الكيماوية في الجهاز العصبي.
2. إن النقص في أنواع من الغذاء يسبب مدى واسعاً من الاختلالات العصبية" والعقلية".
3. افترض عدد من البحوث وجود فروق غذائية بين الأفراد الطبيعيين والمرضى الذهانيين.
4. أكدت بعض البحوث وجود فروق قاطعة في كمية المواد المغذية المتنوعة (في الدم والبول مثلاً).
5. أفادت دراسات أخرى أن امتصاص مواد مغذية معينة يزداد خلال الضغوط النفسية (الكآبة مثلاً).
6. أشارت دراسات أخرى إلى أن العلاج الغذائي باستعمال جرعات غذائية كبيرة يكون فعالاً في تفادي اضطرابات ذهانية معينة.

وقد أجريت دراسات في الستينات والسبعينات من القرن الماضي أكد بعضها وجود علاقة بين المواد الغذائية والاضطرابات السلوكية، فيما شكك بعضها الآخر في هذه

العلاقة، ولكن بما أن المواد المغذية للجسم تؤدي دوراً كبيراً في التركيب الكيماوي وعمليات الجهاز العصبي التي تؤثر في العمليات العقلية من قبيل التفكير والإحساس والأفعال، فإنه لا يمكن تجاهلها في المناقشة الشاملة للسلوك البشري، ويمكن تأشير الملاحظات الآتية:-

أ.إن النقص المستمر لبروتين(Kwashiorkor) وكذلك نقص(Marasmus) أصبح معروفاً بأنه يسبب تلفاً في الجهاز العصبي المركزي، لا يمكن في الغالب إصلاحه، إذا حدث هذا النقص خلال فترة الرضاعة- (Scrimshaw، 1967، Scrimshaw، 1972، Kaplani، 1968، Gordon).

ب. يستهلك المخ حوالي(25٪) من سكر(الجلوكوز) الموجود في الدم. وحين يكون مستوى هذا السكر واطئاً في الدم، فإن الفرد قد يصاب بالصداع، التشوش، التعب، والغثيان، فيما يؤدي زيادته إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي المركز وقد يسبب التوتر والهيجان .

ج. يؤدي النقص في عدد من الفيتامينات إلى ظهور أعراض معينة تشمل مشكلات نفسية وعصبية حادة او معتدلة.

وهكذا تبدو المسالة أن معظم الإختصاصيين في الصحة العقلية يتفقون بأن الجهاز العصبي يعتمد بيولوجياً على العمليات الكيماوية(عمليات الأيض) ...ويبدو أن عدم اتفاقهم يدور حول ما إذا كان عدم انتظام هذه العمليات يشكل عوامل مساهمة حقيقية في السلوك الشاذ.

-السلوك والتطور الوراثي:-

إن استعراضنا لوجهات النظر السابقة كان قد اقتصر ويشكل مكثف على افتراضات ونماذج نظرية، لم تتضمن وصفاً تفصيلياً للعوامل البيولوجية بل إنك يمكن أن تنتهي منها على هذا السؤال.

إذا كان الاضطراب في السلوك ناجماً عن اضطراب حياتي- يماوي(بايوكيماوي)، فيما سبب هذا الأخير؟

إن الجواب الأكثر شيوعاً قد رشح"الوراثة"وقد توجهت معظم النظريات البيولوجية نحو التاريخ التطوري الوراثي(Gentics) للفرد لتفسير منشأ الاختلاف بين الأفراد الطبيعيين والمضطربين.

-تأثير الوراثة:-

لم تكن الكيفية التي بها يتم نقل الصفات وراثياً معروفة إلى أن جاء مندل بقوانينه التي اقترنت باسمه، وحتى تم اكتشاف "الكروموسومات" و"المورثات - الجينات" الناقلة للخصائص الوراثية المختلفة. لكن هذه الاكتشافات حلت المشكلات الوراثي في النباتات وبعض الحيوانات وعجزت عن تفسير مسائل وراثية في الإنسان، بدليل أن أمر الوراثة في إحداث الاضطرابات النفسية والعقلية غير مجمع عليه. ومع ذلك فإن دراسة الوراثة جذبت اهتمام العديد من الباحثين. وتوافرت وبخاصة خلال السنوات الخمسين الأخيرة، دراسات كثيرة على التوائم المتشابهة والتوائم غير المتشابهة، ودراسات واسعة لمجموعات من العائلات التي ظهرت فيها بعض الاضطرابات النفسية والعقلية، وخرجت بنتائج نلخص بعضاً من أهمها:-

- هناك أمراض ترجع إلى عوامل وراثية منها"العته العائلي المظلم أو مرض(تي- زاخر-Tay-Sachs). ومرض رقصة هنتكتون.
- في التخلف العقلي تبين وجود أعراض عديدة ومحددة ترتبط بتكوينات وراثية منها :المنغولية(أعراض مرض داون) مثلاً، الذي يسببه وجود كروموسوم إضافي على العدد الطبيعي.
- وجد كروموسوم جنسي(Y) ذكري على العدد الطبيعي لدى الأشخاص (السيكوباث).
- تفيد الدراسات بان الأمراض المنقولة وراثياً تحدث في أكثر في(75%) من التوائم المتماثلة(المتطابقة) بينما تنخفض هذه النسبة كثيراً في الناس الاعتياديين.
- تميل الدراسات التي أجريت على المصابين بالأمراض الذهانية لا سيما الفصام، إلى تأكيد وجود استعداد وراثي لديهم، وتدلل على ذلك بأرقام إحصائية يستشف منها أنها تريد أن تثبت بصورة قاطعة أهمية الوراثة المرضية في الاضطرابات العقلية.

غير أن الرأي السليم في الوقت الحاضر لا يميل إلى عزل الوراثة عن البيئة في إحداث الاضطرابات السلوكية بل يرى أن هنالك علاقة متبادلة ومعتمدة الواحدة على الأخرى بين كل من: الوراثة، والسلوك، والبيئة، لهذا من النادر ان تسمع الآن إختصاصياً في الصحة العقلية يعزو الاضطراب النفسي بكامله إلى الوراثة. وبالمثل فإن هناك قلة من الإختصاصيين يهملون دور الوراثة. وأخذ عدد جديد من الإختصاصيين ينادون بفرضية"الاستعداد التكويني- الضغط"(Diathesis-Stress-Hypothesis).التي تعني الاستعداد التكويني

الموروث للاستجابة إلى الضغط بطريقة معينة، وهذا لا يعني أن اضطراباً معيناً يكون موروثاً بشكل مباشر، بل يعني ان الشخص لديه نزعة نحو ذلك الاضطراب. وأن هذه النزعة لا تستثار إذا لم يتعرض الفرد إلى الضغط، وهذا يعني أن الاتجاه الغالب في علم النفس الحديث يوازن البيئة والوراثة والسلوك. فضلاً عن منظور حديث هو المنظور الاجتماعي الثقافي(الحضاري) الذي يرى ان القوى والمؤسسات الاجتماعية والثقافية تشكل مصدراً رئيساً في إصابة بعض الأفراد بالاضطرابات على اختلاف أنواعها.

-تأثير السلوك:-

انصب التأكيد في هذا الفصل على العلاقة أو الرابطة المباشرة بين كيماوية الجسم والخبرة البشرية. غير أننا ينبغي أن لا نغفل ان التأثير يعمل باتجاهين...بمعنى أن أفكارنا ومشاعرنا وافعالنا قد تكون لها أساسياتها في ردود الفعل الكيماوية، غير ان ردود الفعل هذه تعتمد بالمقابل على:

1. التاريخ التطوري الوراثي للفرد.
2. التفاعلات مع البيئة التي يعيش فيها.

وهناك طرائق متعددة يمكن لأنماط سلوكية ان تغير في كيماوية الجهاز العصبي التي بدورها تغير انماطاً سلوكية. وهذه تغير كيماوية الجهاز العصبي...فالمجازفة والمخاطرة (في لعبة كرة القدم او الخدمة العسكرية مثلاً) قد تسبب أذى بدنياً محتملاً(يصيب الجهاز العصبي)، أو شللاً، أو فقدان وعي...والتدخين (كسلوك) يمكن أن تكون من نتائجه خفض عام في كفاءة الرئتين وفي توزيع الدم لأنحاء الجسم.

إن هذا المفهوم للتفاعل والتأثير الدائري(أي ما تبدو نتيجة لسبب يمكن أن تكون سبباً فتشكل حلقة دائرية) سنركز عليه في الفصول القادمة. أما درايتك به الآن فقد تزيد تقديرك للمهمة المعقدة الصعبة التي يواجهها علماء النفس. وإحدى المسائل الواعدة التي يوفرها لنا المنظور الحياتي- الطبي هو معرفتنا بالمفهوم الدائري للتكيف لدى الإنسان، أي أن عملية التكيف يمكن أن تفهم من حيث أنها عملية دائرية لا نهاية لها، كما يوضحها الشكل:



فالبيئة تقود إلى تغيرات في داخل الإنسان(عبر الجهاز العصبي و...) وبعض هذه التغيرات تؤثر في أفكار هذا الإنسان وأحاسيسه ورغباته... التي يمكن بالمقابل ان تثير وتوجه السلوك، وهذا السلوك بدوره له تأثيره في البيئة... وهكذا تعيد الدائرة نفسها. ومع أن هذا المفهوم يبدو مبسطاً للغاية إلا أنه يساعد على توضيح التأثير المتبادل المعقد الذي تتصف به المتغيرات المؤثرة في تكيف الإنسان أو توافقه النفسي. فضلاً عن أنه يحاول أن يجمع بين الأساليب النظرية الثلاثة الأساسية(الحياتية، النفسية، والبيئية) التي تشكل المنطلقات الأساسية في تحقيق أهداف علم النفس في: تفسير السلوك والتنبؤ به والسيطرة عليه.

المصادر

-American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Normal of Mental Disorders(3rd ed.)Washington, Dc: Author.
-Erhard, D,(1974): The new vegetarians-nutrition today.
-Lahey, B.B.(2001).Psychology. Mc Graw-Hilly, seventh edition .
-Mahoney, M.J.(1980).Abnormal).Psychology .Harber& Row.
-Pervin, L.A.(1003).Personality: theory and research .(6th.ed.)New York: Guilford.

الفصل الرابع

المنظور
النفسي الدينامي

-المنظور النفسي الدينامي:

يتضمن المنظور النفسي الدينامي(Psychodynamic) مجموعة من النظريات وأساليب العلاج تركز في تفسيرها للاضطرابات العقلية والنفسية على وجود قوى داخل العقل من قبيل الرغبات، الدوافع، القلق، ووظائف أو آليات الدفاع النفسي، وطبقاً للنظرية النفسية الدينامية، فإن هذه القوى تتفاعل فيما بينها وتشكل المحدد الأساس للسلوك البشري. ومع أن هذا التطور يتضمن نظريات متنوعة، فإن جميع المنظرين من هذا الاتجاه يتفقون على الأهمية المركزية لثلاث عمليات هي:الصراع(Conflict) بين القوى المتعارضة، والقلق (Anxiety) الناتج عن تصادم الرغبات بموانعها او قوامعها، والآليات الدفاعية (Defence) صد الرغبات التي تثير القلق. كما أنهم يتفقون أيضاً على أن العمليات تحدث، بشكل عام، من دون أن يكون الفرد عارفاً بها، بمعنى أن الدوافع الحقيقية لسلوكنا هي إلى حد كبير غير معروفة لنا.

ويعد، سيجموند فرويد، المؤسس للمنظور النفسي الدينامي، كما أن نظريته في الواقع الخيمة التي ينضوي تحتها أفكار ومفاهيم هذا المنظور بكل تفرعاته. ولهذا فإننا نبدأ بتلخيص مركز للغاية لأساسيات نظرية فرويد، ثم تصف الطريق التي استعملها منظرو هذا المنظور الذين جاءوا بعد فرويد فأعادوا النظر بأفكاره ومفاهيمه لا سيما تلك المتعلقة بالعقل. ونختمها بمناقشة نوضح فيها ما لهذا المنظور وما عليه.

المفاهيم الأساسية للنظرية الفرويدية:-

★فرضيات علم نفس العمق.

إن المفهوم الأساس في التحليل النفسي، والمساهمة الأعظم أهمية التي قدمها فرويد لعلم النفس هي فرضياته بخصوص علم نفس العمق(Depth Psychology)، الذي تتمحور فكرته الأساسية بأن معظم النشاط العقلي يحدث بصورة لا شعورية، وطبقاً لفرويد فإن

العقل ينقسم إلى مستويين: السطح حيث الشعور الادراكي الذي يتضمن مدى ضيقاً من الأحداث العقلية يكون الفرد عارفاً بها في موقف أو حالة محددة. ويكمن تحت سطح الشعور الادراكي مساحة أوسع من العقل هو اللاشعور الذي يتضمن كل الخبرات النفسية من قبيل: الذكريات، الرغبات، والمخاوف...، التي لا يكون بمستطاع العقل الوصول إليها في حالته الاعتيادية، على أن بعض هذه المواد والخبرات اللاشعورية قابلة لأن تستدعي إلى مستوى الشعور. وأطلق فرويد على تلك المساحة من العقل التي تتضمن هذه الخبرات مصطلح ما قبل الشعور. غير أن هناك خبرات أو مواداً عقلية تستعصي أو يصعب استدعاؤها إلى مستوى الشعور وانها تستقر في مساحة أوسع وأعمق في العقل أطلق عليها فرويد مصطلح اللاشعور، وأن هذا الجانب الأعمق من العقل هو الذي شغل اهتمام فرويد، ولهذا فإننا سنركز فيه. يعتقد فرويد ان الأشياء التي "ننساها" هي في الحقيقة لا تنسى، بل انها تذهب لتستقر في اللاشعور. وأن الكثير من هذه المواد "المنسية" لا تتلاشى كفعل مجهول من الذاكرة المسترجعة، كما لو تنسى رقم هاتف صديق لك، بل إنه نسيان له تأثيره أجبر على أن يستبعد في اللاشعور، بسبب انه مزعج لنا، وأطلق فرويد المكبوتات في حالة استرخاء الضوابط النفسية كما يحصل في حالتي التنويم المغناطيسي والأحلام. غير أنه في حالة ساعات يقظتنا العادية فإن محتويات اللاشعور تكون بعيدة عن درايتنا بها. وأنها في الوقت نفسه، وهذه هي النقطة الجوهرية، هي التي يكون لها دائماً دور ما في تحديد سلوكنا، أي أن سلوك الفرد محتم بما يحتويه لا شعوره من خبرات. فعندما نذهب إلى فيلم سينمائي دون آخر، او نتزوج شخصاً معيناً، فإننا لا نفعل ذلك فقط للأسباب التي نقولها للآخرين أو لأصدقائنا أو لأنفسنا، ولكن ايضاً بسبب أحداث ماضية كانت قد مرّت بنا وهي الآن خفيّة عنا و " مختبئة" في اللاشعور . و أننا حينما نكون غير سعداء في سلوكنا و نرغب في تغييره، فإن علينا أن نخرج ما هو " مدفون " في اللاشعور من ذكريات مكتوبة وما يرتبط بها من صراعات لكونها السبب في مشاكلنا النفسية . و هذا هو في الواقع هدف التحليل النفسي في العلاج . و كما صاغه فرويد " أن تجعل اللاشعور شعوراً " . أي أن يكون الشعور عارفاً بذكريات الفرد و صراعاته المخزونة في اللاشعوره.

★ضرورة التفسير

إذا صحّ ما قاله فرويد بخصوص مفهومه " الطوبرغرافي " لعقل الإنسان ، بمعنى أن منشأ سلوكنا أو القوة المحركة لسلوكنا مدفونة عميق في النفس ، عندها تكون مهمة علم النفس تجاوز السلوك الظاهري و السطحي الذي يمكن ملاحظته و الغور عميق في دوافع النفس من الداخل ، و الكشف عن أسباب السلوك و" تفسيره و حل شفرته" . و هذه الطريقة ... أي التفسير (Interpretation) كانت الأداة الأساسية في البناء النظري للمنظور الفرويدي ، و في العلاج النفسي أيضاً . فهو ينظر إلى السلوك البشري بكل أشكاله : الأفعال ، الأحلام ، النكات ، العمل الفني ، على أنه يتضمّن نوعين من المعنى : المحتوى الظاهري (Manifest Content) أو المعنى السطحي ، و المحتوى الخفي (Lantent Content) أو الحقيقة...المعنى اللاشعوري.وكان هدف فرويد في كتاباته النظرية هو الكشف من خلال التفسير عن المحتوى الخفي لسلوك الإنسان: ما هي القوى اللاشعورية التي تجعل الناس يقولون ما يقولون، ويحلمون ما يحلمون، ويعيشون بالطريقة التي بها يعيشون، وكان هدف العلاج النفسي عنده هو مساعدة المريض على كشف الأسباب اللاشعورية لأفكاره وافعاله.

ويمكن أن يكون التفسير خطأ بطبيعة الحال، غير أنه من الصعوبة التحقق علمياً ما إذا كان هذا التفسير خطأ أم لا، ومع ذلك فقد أوضح عدد من علماء النفس(Bruner، 1973، Frdelyi، Goldberg، 1979، Neisser 1967، 1976Nolman، 2004، Weiten) عن وجود شيء من عملية حل الشفرة –سواء أسميتها "تفسيراً"أم لا- بشكل لا غنى عنه في عملية الاتصال بين الناس،وأنها تستعمل ليس فقط من قبل المنظرين الفرويديين، بل من قبلنا جميعاً في استعمالاتنا اليومية، فعندما "تفهم"النكتة، فهذا يعني أنك أدركت معناها الخفي وربطته بمعناها الظاهري، ولا تبتسم أو تضحك إلا بعد أن تكون قد ربطت بين المعنيين، معناها السطحي ومعناها الحقيقي أو العملي الذي يكون خفياً. وعندما تدعو أحداً إلى عشاء مثلاً ويقول لك انه مشغول، فإنك تدرك أن هذا قد يكون عذراً، وأن السبب ليس في كونه مشغولاً، إنما لا يميل إلى تلبية هذه الدعوة.كما أن القدرة على مسايرة المجتمع الإنساني تعتمد على قراءاتنا لما تحت ما يشبه هذه الحالات، وهكذا يكون "التفسير"بهذا التاكيد هو"ابتكاراً" فرويدياً... بمعنى: أنه قدم"التفسير" كطريقة"عملية" ممكنة، وأنه

استعمل التفسير لتحديد الدوافع" غير الشعورية" في سلوكنا (عندما "تنسى" أن تفعل شيئاً، فإن تفسير ذلك هو إنك لست راغباً في عمله)...وسترى كيف استعمل فرويد التفسير الذي قاده إلى وضع افتراضاته بخصوص العقل البشري.

★ **الفرضية التركيبية: الهو، الأنا، والأنا الأعلى.**

بعد سنوات قليلة من تكوينه لفرضياته المتعلقة بعلم نفس العمق طرح فرويد مخططاً نفسياً ثانياً- عده بناءً متمماً لتكويناته الفرضية السابقة، وكما رأينا، فإن الخاصية التعريفية للنظرية النفسية- الديناميكية كما حددها فرويد هي الاهتمام والتركيز في تفاعل القوى داخل العقل.

ولقد طرح فرويد في عام 1923 انموذجاً أولياً بسيطاً أطلق عليه: الفرضية التركيبية (او البنائية)(Structural Hypothesis) قسم فيها العقل إلى ثلاث قوى أساسية هي: الهو(Id)، الأنا(Ego) ، الأنا الأعلى(Superego). وان هذه القوى الثلاث تتفاعل فيما بينها، ولأن لكل واحد منها أهدافاً مختلفة فإن التفاعل فيما بينها لابد أن يأخذ شكل الصراع.

-**الهو**(Id):

يفترض فرويد أن طاقة عقل الإنسان تكون منذ ولادته مرتبطة كلياً بدوافع بيولوجية بدائية، وضعها جميعاً تحت مصطلح الهو(Id) ويرى أن الهو أساس البناء أو التركيب النفسي. وأنه المصدر الذي يستمد من طاقته كل من الأنا والأنا الأعلى وهو الجزء البدائي من اللاشعور المتضمن للدوافع التي تسعى إلى الإشباع المباشر، ومستودع الطاقة النفسية للفرد.

ويرى فرويد ان الدوافع التي يتكون منها الهو تنضوي تحت صنفين أساسين هما :العدوان والجنس، ورغم أن فرويد كان قد راجع فرضياته وعدلها: إلا أنه ظل على موقفه من الجنس كدافع يتصدر في أهميته جميع الدوافع في السلوك البشري، وأنه الدافع الذي ينعكس في الشخصية بكل جوانبها كالحاجة إلى الطعام والدفء، وحب الأصدقاء والعائلة، والإبداع ...هذه وكل الرغبات الإيجابية الأخرى وهي- من وجهة نظر فرويد- تعبير أو تحويل أو توسيع للدافع الجنسي، وأطلق عليه مصطلح "الليبيدوLibido" الذي عده المصدر الرئيس للطاقة النفسية.

يتصف الهو(Id) بخاصتين مهمتين، الأولى: أنه يعمل بكامله على وفق مبدأ اللذة، بالمعنى الهيدوني(Hedonic) (القائل بأن اللذة أو السعادة هي الخير الأوحد أو الرئيس في الحياة). فهو يبحث عن إشباع متعة الخاصة والتخلص من التوتر، دون إعارة أي اهتمام للمنطلق أو العقل، والواقع أو الأخلاق، فالطفل الرضيع الجائع يرغب في الطعام ويظل يبكي من أجل الحصول عليه. وأن هذا الطفل- يقول فرويد- موجود فينا جميعاً مهما بلغنا من العصر.

والخاصية الثانية: أن نمط التفكير الموجّه من قبل الهو(Id) يأخذ شكلاً بدائياً أطلق عليه فرويد :العملية الأولية للتفكير Thinking) Primary Process. وفي هذا الأسلوب من التفكير، كما هي الحال بالنسبة لمبدأ اللذة، لا يوجد للواقع والمنطق دور يذكر، ففيه قد تتداخل فترات زمنية متباعدة في فترة أو لحظة واحدة. وفيه قد تمثل الصورة الخيالية نفسها ونقيضها في الوقت نفسه..وفيه قد تكون الصورة في خيال الإنسان- وهذا الأهم- مشوهة أو خاطئة عن الواقع الذي فيه يعيش. وهذا ما يحدث للأطفال- كما يخمن فرويد- ويحدث للكبار عندما يحلمون أو عندما يستسلمون لاضطرابات عقلية حادة...كالفصام حيث الهلاوس والأوهام.

الأنا(Ego):

عندما يرغب الهو(Id) في إشباع أشياء، فإن هذه الأشياء تكون في الواقع الخارجي(الطعام او الجنس مثلاً). وهو لا يعرف الطريقة التي يتعامل بها مع ذلك الواقع، ولا ما يترتب على إشباع بعضها من أخطار، ولهذا يطور العقل مكوناً نفسياً لتحقيق وظائف التعامل مع الواقع الخارجي فينشأ منه (الأنا) ، الذي يبدأ بالظهور حوالي الشهر السادس من عمر الطفل. ويتطور تدريجياً في السنوات اللاحقة. ويعمل الأنا كوسيط بين (الهو) والواقع الخارجي.وبينما يعمل الهو على وفق مبدأ اللذة، فإن الأنا يعمل على وفق مبدأ الواقع.فما يسمح به الواقع ينفذه، وما لا يسمح به الواقع لا ينفذه.لأن ما يهم(الأنا) هو تحقيق الأمان للشخصية، فعندما ينشأ دافع عن (الهو) ينظر (الأنا) في أمر إشباعه.فإن كان الواقع (ممثلاً بالعائلة، المجتمع، الشرطة....الأخلاق) يسمح بذلك سعى إلى إشباعه، وإن كان يتعارض مع ذلك الواقع فإنه لا ينفذه(1920.، Freud) ، فالأنا يدرك ان الفعل إذا سار على وفق مبدأ اللذة في كل الظروف والحالات، كما يرغب (الهو) في ذلك، فإن هذا قد لا يكون الطريقة

الأكثر فاعلية لإدامة الحياة، ولهذا يعمل الأنا على وفق مبدأ الواقع كوسيط بين دوافع الهو ومتطلبات الواقع.

وإذا كان (الهو) يستعمل العمليات الأولية للتفكير، فإن الأنا يستعمل العمليات الثانوية للتفكير (Secondary Process Thinking) حيث تعد أسلوباً متقدماً من التفكير يعتمد على الفعل والمنطق والتمييز بين الظروف الزمنية المختلفة والأشياء والناس والمواقف. بمعنى أساليب عقلانية متأنية بخصوص كيفية إشباع دوافع او الحاجات بدائية في ظل محددات اجتماعية.

وطبقاً لفرويد فإن"الأنا" الذي تطور من العقل وتولى وظائف: اللغة، الإدراك، التعلم، التمييز، الذاكرة، الحكم والتخطيط، إنما وجدت من أجل خدمة"الهو Id" الذي يمدّه بالطاقة ويعتمد عليه لأنه المصدر الوحيد الذي يزوده بها، وهكذا يمكن وصف الأنا بأنه ذلك الجزء من النفس الذي يصرف(الليبدو:أي الطاقة النفسية الناشئة من الدافع الجنسي) إلى نشاطات توازن بين مطالب المجتمع والأنا الأعلى. ويمثل الفرع التنفيذي للشخصية، لأنه يتخذ القرارات القائمة على أساس الواقع.

-**الأنا الأعلى**(Super Ego) .

الأنا العلى هو ذلك الجزء من العقل الذي يمثل المعايير الأخلاقية للمجتمع كما يفسرها الوالدان للطفل، وكنتيجة لحل عقدة أوديب، التي سنناقشها لاحقاً، فإن الطفل يستدخل معايير الوالدين. وأن هذه المعايير تتجمع سوية لتشكل المكوّن النفسي الثالث(الأنا الأعلى) الذي يستمد طاقته أيضاً من "الهو" ويمكن ان نصفه بان يتكون من "الضمير"Conscience" ومن الأنا المثالية Ego Ideal ". كما يمكن ان نقول عنه أنه يعمل على وفق مبدأ السمو على الواقع. فمحتوياته تتضمن القيم والتقاليد والضوابط والمعايير الاجتماعية، ويسعى لن يجعل الفرد لا أن يلتزم بها، بل أن يسمو بدوافعه ويكون أنموذجاً للآخرين. وهكذا، فعندما يضغط "الهو"على "الأنا"لإشباع حاجاته، فإنه يتوجب على هذا الأخير لا أن يساير فقط محددات الواقع، بل أن يأخذ بنظر الاعتبار"الصح- الخطأ" على وفق الأحكام الأخلاقية للأنا الأعلى. وبهذا يكون السلوك، على وفق ما فهمه فرويد، حالة معقدة متداخلة بين ثلاثة انظمة نفسية متباينة، لكل منها اهدافها و"دوافعها" المختلفة والمتعارضة.

وهكذا، ففي البناء النفسي المتطور تماماً يواجه "الأنا" ثلاثة"أسياد" عنيدين، وعليه أن يخدمهم ويرضيهم."فالهو" يبحث فقط عن إشباع طلباته اللاأخلاقية وغير العقلانية و"الأنا الأعلى" الذي يسعى لإشباع مُثل غير عملية، " والواقع الخارجي"الذي يقدم مدى محدوداً من الموضوعات لإشباع حاجات "الهو"، إذا ما تجاوزه تعرض الفرد إلى العقوبة والخطر.

وبينما لا يوجد هناك انسجام أو مواءمة دقيقة بين المكونات الفرضية لعلم نفس العمق والمكونات الفرضية التركيبية(البنائية) فإن هناك تطابقاً أولياً أو بسيطاً بين هذين النظامين النفسيين.فالهو والأنا والأنا الأعلى لهم جذورهم، جميعاً، في اللاشعور. ومع ذلك فإن دوافع الهو بكاملها تقع ضمن منطقة اللاشعور وغالباً ما تحدث عمليات الأنا الأعلى على مستوى اللاشعور ولكنها تعمل أيضاً على مستوى ما قبل الشعور، والشعور الإدراكي. أما الأنا فإنه ينجز وظائفه على المستويات الثلاثة: الشعور، ما قبل الشعور، واللاشعور. ولكنه بحكم الضرورة، ودوره في التوسط بين الواقع الخارجي والأنا الأعلى والهو، فإنه يميل إلى أن يعمل على المستويات العالية من الوعي.

إنه لمن المهم الانتباه إلى ان هذه الافتراضات التركيبية (البنائية)، الهو والأنا والأنا الأعلى، ليست "أشياء" موجودة في العقل، ولا حتى أجزاء للعقل، إنما هي ببساطة"أسماء" منحها فرويد لتصنيفات واسعة من قوى نفسية متداخلة، وإننا في وصفنا لوظائف كل منها لا يعني أن"الهو" يبكي ويطالب من أجل الإشباع، وأن"الأنا الأعلى" يعاند ويعمل بالضد من ذلك... وأن"الأنا" يجري راكضاً للتوسط وتسوية الأمور بينهما...إنها مجرد أوصاف استعمارية، مجازية، ليس إلا، فالهو والأنا والأنا الأعلى ما هي إلا أدوات تفسيرية مبسطة للغاية لعمليات نفسية معقدة للغاية.

-ديناميكية عمل العقل:-

لقد رأينا الآن أن كل مكوّن من هذه المكونات النفسية الثلاثة له وظائفه المقصورة عليه، كما أنهم يختلفون في الأهداف، ومن هنا ينشأ الصراع بينهم ويحدث أن"الأنا" يعمل معظم وقته لن يجعل الصراع على مستوى سهل القياد، بأن يرضى كلا من الهو والأنا الأعلى والواقع الخارجي، ومع ذلك يحصل في أوقات يحاول فيها الهو أو الأنا الأعلى ممارسة قوة جديدة أو تهديداً على الأنا وإضعاف سيطرته، فينجم عنها مشاعر أو سلوك غير مقبول، واستجابة لهذا التهديد فإن الفرد يمر بخبرة انفعالية أطلق عليها فرويد ....القلق.

-القلق:-

القلق هو حالة من الألم النفسي تعمل كإشارة إلى "الأنا" من أن هناك خطراً على وشك الوقوع، ولقد ميّز فرويد بين ثلاثة أنماط للقلق قائمة على أساس اختلافها في مصدر الخطر، فهناك"قلق الواقع" عندما يتعرض إلى تهديد من شيء موجود في العالم الخارجي، فإذا رأيت على مسافة منك أفعى مرعبة عندها تكون قد خبرت قلق الواقع(Reality Anxiety) أما في القلق الأخلاقي (Moral Anxiety) فإن مصدر الخطر هو"الأنا الأعلى"، الذي يهدد الفرد بالشعور بالذنب أو الخجل لشيء كان قد فعله، أو لمجرد أنه فكر به. والنوع الثالث هو القلق العصابي (Neurotic Anxiety) ويأتي الخطر من دوافع الهو التي تهدد سيطرة الأنا وتدفع الفرد إلى القيام بعمل أشياء تترتب عيها عقوبات.

ويمكن التعامل مع القلق بعدة وسائل، فالمرأة الحامل، في سبيل المثال، إذا كانت تخاف من عملية الولادة، فإنها يمكنها خفض هذا الخوف بمراجعة مؤسسة أو نقابة صحية تتعلم فيها كيفية السيطرة على الأم والولادة. ومع ذلك فإن حلول الأنا للقلق لا تكون دائماً مباشرة والاستجابة الغالبة للقلق هي أنها لا تواجه سبب هذا القلق بشكل مكشوف، إنما بالأحرى تميل إلى التغطية على أسبابه من خلال استعمال ما أسماها فرويد بآليات الدفاع النفسي.

-الآليات الدفاعية:

عندما يرفض الأنا الاعتراف بواقع (سوء كان خارجياً أم داخلياً) يثير قلقاً لا يطاق، فإنه يطلق على هذا" التكنيك": آلية أو حيلة دفاعية، بعبارة أخرى، تعني الآليات الدفاعية، في نظرية التحليل النفسي، استراتيجية لا شعورية مشوهة للواقع، تعتمد لحماية الأنا من القلق. أو أية استراتيجية نفسية تعمل على خفض القلق لدى الأنا(Bootzin et al ،1993)

إننا جميعاً نستعمل الآليات الدفاعية، وإذا لم نستعملها فإننا سوف لا نكون قادرين نفسياً على مواجهة"حقائق"خفية، والحاجات الهو الصريحة، ومطالب الأنا الأعلى الصارمة..و"خطايا"الطفولة وآلامها. إما افتضاح أمرنا للناس (الكشف عن الدوافع الصريحة غير المقبولة للهو)، وإما أن تظهر كل هذه الأمور على مستوى الشعور فتسبب قلقاً مستديماً لا يطاق، وهكذا تبرز ضرورة الآليات الدفاعية بوصفها وسائل تساعد المرء على التكيف مع نفسه، ومع الواقع الذي يعيش فيه، وتخدمه في أن تجعله يتجنب مواجهة ما لا يستطيع مواجهته، كي يمضي بعمله في الحياة.

على أننا ندفع ثمناً لذلك، فكلما هربنا من الواقع الذي يثير فينا القلق، بإنكارنا للحقيقة أو تشويهها، نكون على تماس أقل وأضعف من ذلك الواقع، وأقل قدرة للتعامل معه بطريقة بناءة. وفي هذه الحالة سنلعب دور العاجز عندما تصبح المواقف صعبة، وسنضحي – من ثم- بقدراتنا التكيفية.

وينبغي الانتباه إلى أن "الأنا" هو الذي"يهندس" هذه (الحيل) الدفاعية، فإذا ما استهلك الأنا معظم طاقته بالانشغال بها، فإنه لا يتبقى له منها إلا القليل لإنجاز وظائفه الأساسية في الإدراك والتفكير بالأمور وحل المشكلات...وجميعها جوهرية وأساسية في عملية التكيف. وهذا يعني أن الآليات الدفاعية مفيدة في عملية التكيف. ولكن لحدود معينة، إذا ما تجاوزتها فقدن خدمتها التكيفية، وتحولت إلى عملية دفاع عن الذات ليس إلا.

وفيما يلي الآليات الدفاعية الأساسية التي وصفها فرويد وأتباعه:-

-الكبت:-

يعني الكبت (Repression) ان دوافع الهو غير المقبولة يجري قمعها ودفعها لتستقر في اللاشعور، ويعد الكبت الآلية الدفاعية الأعظم أهمية في النظرية النفسية- الدينامية. وعلى أساس هذه الآلية الدفاعية بنى فرويد تفسيراته الرمزية لسلوك الإنسان، إذ رأى أن أفعال الإنسان ما هي إلا تمثيلات مقنعة لمحتوياته اللاشعورية. وأن الإنسان يمارس الكبت للتخلص من شعور القلق والضيق الذي يعانيه بسبب ورود عوامل متضاربة القيم والأهداف، فيبعد عن شعوره تلك الرغبات والدوافع والحاجات التي لا يتفق تحقيقها مع القيود التي بنيت في نفسه على شكل مثل وقيم وتقاليد، وبأبعادها وكبتها إلى ما يسمى اللاشعور فإنه يضمن لنفسه حالة من الهدوء العقلي والاستقرار النفسي.

ويعدّ الكبت جوهرياً أيضاً ، من حيث أنه أساس كل الآليات أو الوسائل الدفاعية الأخرى. ففي كل أنواعها، التي سنذكرها، يحدث أن الدافع "الممنوع" يكبت أولاً. وأن الفرد بدلاً من أن يعمل على تنفيذ ذلك الدافع فإنه ينشغل في سلوك بديل آخر يتمثل في:إما أن يجد مخرجاً لذلك الدافع أو يتحصن بحماية إضافية ضد ذلك الدافع، أو بكليهما.

-الإسقاط:

يجري في الإسقاط (Projection) نقل أو ترحيل مهددات داخلية إلى مهددات خارجية، أو عزو خصائص أو رغبات غير مقبولة لدى الأنا إلى شخص آخر، ففي سبيل المثال، إذا

كان لدى الفرد ميل أو إنحراف جنسي، فإنه يقوم أولاً بكبت هذه الميول، ثم يعمد ثانياً إلى أن ينسبها "يسقطها" إلى آخرين، متهماً إياهم بالانحراف الجنسي. وبهذه (الحيلة) الدفاعية يخفف القلق لديه من ميله إلى الانحراف الجنسي، وتمكنه في الوقت نفسه من رمي"ذنوبه" على الآخرين.

-الإزاحة:

والإزاحة(Displacement)، تشبه الإسقاط من حيث أنها تتضمن نقل أو ترحيل الانفعال، ولكن في هذه الحالة لا يتم تحويل مصدر الانفعال، إنما موضوع الانفعال.بمعنى آخر، يجري لا شعورياً إعادة توجيه الاستجابة الانفعالية من موضوع أو مفهوم فيه خطر على "الأنا" إلى بديل آخر أقل خطراً عليه، فإذا كان المرء يخاف من إظهار مشاعر معينة ضد شخص يثيرها فإن هذا المرء يعمد أولاً إلى كبت هذه المشاعر، ثم ينقلها، إذا ما توافرت الفرصة إلى موضوع آمن لا يناله منه خطر، فيطلق مشاعره بكل قوتها نحو الموضوع الجديد، وأوضح مثال على ذلك أن الموظف الذي يعنفه مديره العام أو يعاقبه على عمل قام به، فإنه حين يعود إلى بيته يتشاجر مع زوجته لأنها تأخرت في فتح الباب له.

-التبرير:

يحدث في معظم الحالات، أن الوسيلة الدفاعية لا تكون بمفردها بل تحدث ضمن سياق او تجمع يضم أكثر من واحدة. ففي حالة الموظف في المثال أعلاه يكشف لنا تصرفه في شجاره مع زوجته عن آلية دفاعية أخرى هي التبرير (Rationalization)، يحاول المرء من خلالها إعطاء أسباب مبررة لسلوكه بشكل معين- لعمل قام به فعلاً(أو يريد أن يقوم به) يستهدف بالدرجة الأولى إلى إقناع نفسه بالصواب مسلكه، ويعد التبرير واحدة من (الحيل) الدفاعية الشائعة الاستعمال. وبينما يكون الجانب الأكبر من سلوكنا- على ما يرى فرويد- مدفوعاً بحاجات طفلية وغير عقلانية، فإننا نظل بحاجة على تفسيرها لنفسنا وللآخرين بعقلانية. وهذا التفسير العقلاني لها ما هو إلا نوع من التبرير.

-العزلة:

إذا كان التبرير وسيلة دفاعية يرمي إلى محافظة المرء على إحترامه لنفسه وتجنبه للشعور بالمهانة أو الإثم، فإن العزلة(Isolation) هي تجنب مشاعر غير مقبولة بقطعها أو فصلها عن أحداثها المرتبطة بها، وذلك بكبتها، ثم إعادة التعامل مع تلك الأحداث بطريقة

فارغة تماماً من أي انفعال. وهذه (الحيلة) شائعة الظهور لدى المصابين بالاضطرابات النفسية، فهم يتلهفون لأن يخبروا المعالج النفسي بالمشكلة ومضمونها، ولكنهم غير راغبين في مواجهة المشاعر المصاحبة لتلك المشكلة.

-الإنكار:

يعني الإنكار (Denial) رفض الاعتراف بوجود مصدر خارجي ممكن للقلق، ويحصل في بعض الحالات ان المرء يفشل مثلاً فعلاً في إدراك شيء واضح والإنكار لا يرتبط فقط بأحداث عملية، بل قد يتعلق بخبرة أو ذكرى معينة، فالفتاة التي فقدت حبيبها قد تظل غير قادرة على قبول حقيقة موته♦[1].

-التكوين الضدي:

يحدث في التكوين الضدي (Reaction Formation) أن يكبت المرء أية مشاعر مثيرة للقلق، ثم يعيد إظهارها والتعبير عنها بشكل متقد في الجانب المضاد تماماً لتلك المشاعر، وبهذا يتمكن المرء من التعبير عن دافع غير مقبول بنقله او تحويله إلى الاتجاه المضاد له. ويمثل التكوين الضدي (المعكسي) نوعاً من الرابطة بين مطالب كل الهو والأنا الأعلى. فالمتحمس للسلام ربما يكون لديه تكوين ضدي يعبر عن ميله للحرب وانجذابه للإثارة التي تحدثها الطائرات والصواريخ وانفجار القنابل.

النكوص:

يتضمن النكوص (Regression) عودة إلى سلوك مرحلة عمرية كان المرء قد تخطاها، ومن بين جميع ردود الفعل ضد القلق والخطر، فإن النكوص هو أكثرها درامية.فالفتاة التي بلغت العشرين من عمرها، قد تلجأ في موقف معين إلى أمها وتتكور في

---

(1) في حادثة حقيقية:جيء بشاب إلى أحد المستشفيات النفسية ببغداد كان قد تعرض هو وأخوه وولدا عمه إلى انقلاب سيارتهم وكان هو الوحيد الذي نجا من الموت. وبالرغم من أنه راى بعينيه أخاه وولدا عمه قد فارقوا الحياة، فإنه وبعد يومين من مكوثه بالمستشفى تساءل عنهم: لماذا لم يأتوا إلى زيارته؟أي أنه أنكر موتهم. وتطورت الحالة فأصيب بالشلل (غير العضوي) بدليل أنه رآهم في الحلم قادمين إلى زيارته، ونهض من السرير لاستقبالهم.

اما الإنكار بشكله الخفيف فنمارسه جميعاً. غير أن النموذج الذي يجسده بأفضل صورة هو المطربة اللبنانية(صباح) التي تميل دائماً إلى لبس الملابس الشبابية الزاهية الألوان. وصبغ شعرها باللون الأشقر. مع أنها من مواليد 1927 بحسب اعترافها.

حضنها كما لو كانت طفلة عمرها خمس سنوات، وبهذه الآلية (الحيلة) يجري تجنب القلق بالعودة إلى أنماط سلوكية سابقة. فالفتاة هذه كانت عندما تحس بخطر وهي طفلة تهرع إلى حضن أمها وتلوذ به ليحميها من ذلك الخطر. أما وقد بلغت العشرين وتعمد إلى نفس تصرفها السابق عندما يواجهها الخطر أو تحس بالقلق، فهذا يعني أن "الأنا" لديها غير قادر على مواجهة الخطر أو حل القلق، ودفعاً للتوتر والصراع الذي تعيشه فإنها تنكص بسلوكها وتلجأ إلى حضن أمها لتحتمي به من القلق. وغالباً ما تحدث هذه الحالة لدى بعض الفتيات في الأشهر الأولى لزواجهن. فما أن يحصل شجار بينها وزوجها فإنها تحمل حقيبتها وتذهب مسرعة على بيت أمها لتلقي بنفسها في حضنها وهي تبكي كما لو كانت تلك الطفلة الأولى).

ويحصل في الحالات المتطرفة من النكوص انهيار في الوظائف الجسمية أو العقلية. فالشخص الراشد قد تصل به حالة النكوص إلى شخص يداريه في إطعامه ويساعده في تدبير أموره بالمرافق الصحية، كما لو كان طفلاً. من جهة أخرى، يميل الراشدون المتكيفون جيداً إلى ممارسة نوع من أنماط السلوك النكوصي أحياناً من قبيل:الانتحاب، أو المطالب الطفولية، أو تناول المشروبات....بهدف تجاوز حالة التوتر والضغط التي تمر بهم في تلك اللحظات.

التسامي أو التصعيد:

يختلف التسامي(Sublimation) عن كل الآليات (الحيل)الدفاعية الأخرى، من حيث أنه عملية بنائية، وأن وظيفته تتعدى حدود الحماية. ففي التسامي يجري تحويل دوافع غير مقبولة اجتماعياً إلى أشياء أو موضوعات مفيدة للمجتمع. فالتسامي هو الحصول على إشباع من بدائل مفيدة اجتماعياً. عندما يحال بين دوافع قسرية أو غير مقبولة اجتماعياً وبين أهدافها أو موضوعاتها الفعلية.فالشخص الذي تتملكه دوافع عدائية ضد الناس، فهو بدلاً من أن يوجهها إلى الناس فعلاً، يحولها إلى عمل روائي (رواية، قصة) أو عمل موسيقي....أو فيلم سينمائي...أو لوحة فنية. وهكذا افترض فرويد أن معظم أعمال فناني عصر النهضة، لاسيما منحوتاتهم الجميلة لأجساد عارية من الرجال والنساء، هي نتائج لتصعيد دوافعهم الجنسية بل إن فرويد نظر إلى الحضارة نفسها على أنها نتاج آلاف السنين من التسامي أو التصعيد (Lindzey & Others ،1973) (صالح، 1982)، Eysenck et al ،2000).

هـذا وتـصنف الأدبيـات الحديثـة (Weiten ،2004، 2003، helgin & Whit Bourne).الآليات الدفاعية على النحو الآتي:-

أولاً: دفاعات التكيف العالي: وهي استجابات صحية للمواقف الضاغطة، وتشمل: الدعابة او المرح بالتقاط الجوانب المسلية أو المضحكة للموقف الضاغط أو الصراع، وتوكيد الذات بالتعامل مع المواقف الصعبة من خلال التعبير للآخرين عن المشاعر والأفكار، والقمع بتجنب الأفكار المتعلقة بالمواقف المزعجة.

ثانياً: دفاعات التكيف العقلي: وهي لا شعورية تساعد الفرد على أن يكون بعيداً عن الدراية الواعية بالمزعجات من الأفكار والذكريات والمشاعر والذكريات والمخاوف. وتشمل: الإزاحة، والكبت، والتكوين الضدي، والتفكك أو الإنشطار وذلك بتفكيك أو إنشطار تكامل العمليات المعرفية والإدراكية والحركية.

ثالثاً: دفاعات التشويه البسيط: وهي تشوهات للصورة المتعلقة بالذات أو الجسم أو الآخرين في محاولة للحفاظ على تكامل الذات وتقديرها، وتشمل: خفض القيمة بالتعامل مع الصراعات الانفعالية من خلال عزو الخصائص السلبية إلى الذات أو الآخرين. والتضخيم المثالي، بالتعامل مع الصراعات الانفعالية او الضغوط من خلال عزو خصائص إيجابية مبالغ فيها إلى الآخرين (مثل زوجة تقمع نفسها بأن زوجها عبقري أو مميز).

رابعاً: دفاعات التنصل: وتكون وظيفتها إبعاد الأفكار والدوافع والمشاعر والضغوط المزعجة عن مستوى الدراية بها، وتشمل الإنكار والإسقاط والتبرير.

خامساً: دفاعات التشوه الكبير: وتعني تشوهاً كبيراً للذات والآخرين، وتشمل:الانقسام أو التمزق، ويقصد به حالات انفعالية أو وجدانية متضادة، والفشل في تكامل الخصائص الإيجابية مع السلبية بشك لمتماسك، سواء فيما يخص الذات أو الآخرين (مثل طالبة تحمل صورة مثالية عن أستاذها، ولكن بعد أن أخذت درجة امتياز في مادته أخذت تنظر إليه على انه شرير او عدائي).

سادساً: الدفاعات العملية: وتعني استجابات للصراع او الضغط تتضمن القيام بفعل أو الانسحاب، وتشمل:النكوص والعدوان السلبي الذي يعني إظهار مسايرة مبالغ فيها لإخفاء غضب أو عدم ارتياح.

سابعاً: دفاعات الانفصال عن الواقع: وتعني استجابات للضغط أو الصراع تتضمن افكاراً غريبة او سلوكاً شاذاً، وتشمل: الإسقاط الوهمي وذلك بعزو سمات وهمية شخصية غير مرغوبة إلى آخر (مثل جار يكره جاره فيتهمه بأنه ينوي قتله)، والتشوه الذهني وذلك بالتعامل مع الضغط او الصراع الانفعالي باللجوء إلى تفسيرات وهمية خاطئة للواقع.

-مراحل التطور النفسي-الجنسي:

نظر فرويد (1905) إلى الطفل على انه مدفوع أساساً بدوافع جنسية([1]) ونظر إلى نمو الشخصية على أنها عملية من التطور التفسي- الجنسي تتضمن مراحل، في كل واحدة منها تكون الدافعية المركزية للطفل هي إشباع دافع اللذة من مناطق جسمية متنوعة تتمثل بالفم والشرج والأعضاء التناسلية على التوالي:-

ويرى فرويد أن خصائص شخصية الإنسان الراشد هي ما يترتب من نتائج على الطرائق التي استعملها "الهو" في إشباع حاجاته في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث:لأن الطفل يجبر في كل مرحلة على التعامل مع الصراع بين دافعه الخاص للإشباع وبين التقيدات المفروضة عليه. من قبيل الفطام والتدريب على المرافق الصحية وما إلى ذلك من محددات اجتماعية. ويرى ان الإشباع الخفيف (أو اللا إشباع)، والإشباع الزائد، كلاهما يوّلد القلق، وأن هذا القلق يقود إلى التثبيت (Fixation)، حيث بموجبه تبقى جوانب من شخصية الراشد" متجمدة" على واحدة من هذه المراحل التي مر بها الهو بخبرة فيها معينة، وعلى وفق ما يرى فرويد فإن خصائص أو سمات شخصية الإنسان الراشد تشتق من هذه المراحل الثلاث للنمو النفسي الجنسي. وأنه يمكن تقصي أسباب اضطراباته النفسية في واحدة من هذه المراحل (صالح، 1988، Acocella & Bootzin، 1980) (Neal &Davison، 2003، Whit &Helgin &Bourne).

(1) من بين كل نظريات فرويد، كانت هذه هي النظرية التي صدمت المجتمع الفيكتوري الذي عاش فيه. وفي عام (1910) انعقد مؤتمر الماني للمعالجين النفسيين والأطباء العصبيين، وعندما تحدث احد إتباع فرويد وطرح هذه النظرية نهض أحد المشاركين قائلاً: "ليس هذا الموضوع من اختصاص مؤتمر علمي، بل إنه مسألة تتعلق بالشرطة".

-المرحلة الفموية:

في السنة الأولى من ولادة الطفل يكون الفم هو المركز الأساس لكفاح "الهو" من اجل إشباع دوافعه. فلكي يعيش الرضيع فإن عليه أن يرضع "يمص" ثدي مرضعته. ومن هذه المرحلة الفمية (Oral Stage) التي تبدأ بلحظة الولادة، ينشغل الهو بدافع"المص" ثم يتحول استعمال الفم ليس فقط لإشباع الجوع، ولكن أيضاً لإشباع دوافع"لبيدية" وعدوانية" فترى الطفل يمص أو يعض ثدي أمه، فتينة الرضاعة، إصبعه، شرشف فراشه، لعبة، حجارة...وأي شيء يقع في متناول يده بحثاً عن الإثارة الفموية، وأن الأفعال المتنوعة التي يقوم بها الرضيع في هذه المرحلة، بواسطة الفم، المص، القبض(على شيء).البصق،وغلق الفم، تشكل أساساً لخصائص شخصية الإنسان عندما يكبر من قبيل: شدة الحرص على الاكتساب، العناد أو التمسك بشيء من التدمير، والازدراء.

وإذا جرى التثبيت على المرحلة الفموية ،فإنه يأخذ عدة أشكال،أكثرها شيوعاً نمطان هما :الشخصية"الاعتمادية- الفموية Oral-Dependent" حيث يحدث في الأولى أن الطفل يخبر القلق ما إذا كان سيعطي له الطعام أم لا فيتعلم من هذه الخبرة الاعتماد الكلي على الآخرين، ويتوقع له عندما يصبح راشداً ان تكون شخصيته اعتمادية، سلبية، وغير مقدامة.

أما في حالة الشخصية العدوانية- الفموية: فإن التثبيت يحدث في الطور الأخير من هذه المرحلة عندما تبدأ أسنان الرضيع بالظهور، ويصبح"العض" المصدر الرئيس للمتعة واللذة، ويتوقع له عندما يصبح راشداً ان يكون ذا طبيعة ساخرة، تهكمية، هازئة، مزدرية لاسعة Alcocella & Bootzin ، 1984)(Biting)

وينبغي الإشارة هنا على أن التحليل النفسي في الوقت الحاضر قد تخلى عن هذين المصطلحين في الشخصية، ونادراً ما يستعملها المحللون النفسيون في عملية التشخيص.

-المرحلة الشرجية:

في السنة الثانية من عمر الطفل، ينتقل اهتمامه اللبيدي من الفم إلى الشرج، حيث تبدأ المرحلة الشرجية (Anal-Stage) وتصبح المصادر الرئيسية للحصول على المتعة البدنية للطفل هي الاحتفاظ بالفضلات أو طردها إلى الخارج. ففي حالة الاحتفاظ بالفضلات يكون الحصول على اللذة من خلال الضغط الحاد لهذه الفضلات على جدران المستقيم، بينما

تحصل اللذة في الحالة الثانية، طرد الفضلات، من خلال خفض التوتر وتصريف ذلك الضغط.

ويميل المنظرون الفرويديون إلى أن يعدّوا التدريب على المرافق الصحية حادثة مهمة في حياة الطفل، لأنها تضعه لأول مرة في مواجهة عملية مع إجراءات يحكمها نظام يتولى أمره الوالدان ومن ثم المجتمع للسيطرة على دوافعه، ويدرك ان دوافعه الباحثة عن اللذة ستخضع إلى نظام يتمثل ب:- أين ومتى وكيف يشبعها. فيمر" الأنا" بخبرة الصراع والقلق. وإذا ما كان القلق كبيراً او حاداً، فإن التثبيت تكون نتيجته المتوقعة.

إن ظهور التثبيت الشرجي يعتمد ما إذا كان يحدث في الطور الأول من هذه المرحلة أم في الطور الأخير لها، فإن حصل في الطور الأول (إخراج أو طرد الفضلات) فإنه يتوقع لهذا الشخص عندما يصبح راشداً ان يكون اندفاعياً، لا يكترث بالنظام، وذا سلوك غير مرتب، فوضوي(Messy). وإذا حصل التثبيت في الطور الأخير(الاحتفاظ بالفضلات) فإنه يتوقع له مستقبلاً ان يكون بخيلاً- شحيحاً- عنيداً، وذا شخصية نظامية قسرية (Lahey، 2000).

-المرحلة القضيبية:

في المرحلة القضيبية (Phallic Stage)، التي تمتد من سن الثالثة إلى الخامسة او السادسة من عمر الطفل، ينتقل الاهتمام إلى الأعضاء التناسلية والحصول على اللذة الحسية من ملامستها او اللعب بها، وخلال هذه المدة تكون النرجسية (Narcissism)،أي الانشغال الشهواني للفرد بجسمه، في حالة غامرة، تختلف في طبيعتها عن السنة الأولى للطفل، إذ يحصل الطفل هنا على اللذة ليس من إحساسات مرتبطة بعمليات الجسم الأوتوماتيكية لإدامة الحياة مثل المص والإبراز، إنما من عمليات إرادية يقوم بها في التعامل مع جسمه. ويبدأ الطفل في هذه المرحلة بتطوير إحساس قوي بالذات والاستقلال بعكس المرحلتين السابقتين اللتين تتصفان بالاعتماد على الآخرين.

وتعّد هذه المرحلة مهمة جداً في التطور النفسي بسبب انها المرحلة التي تنشأ فيها عقدة أوديب(Oedipus Complex)، وهي المحدد الأعظم أهمية الذي يقرر مستقبل الطفل في تكيفه الجنسي، لقد كان الملك أوديب في هذه الأسطورة الإغريقية، ذا حظ سيئ عندما اكتشف انه قتل والده وتزوج أمه، وطبقاً لفرويد(1905) فإن جميع الأطفال في هذه المرحلة

يبتعدون أو لا يميلون إلى والدهم من نفس جنسهم، وينجذبون جنسياً إلى والدهم من الجنس المضاد، وفي حالة الأولاد الذكور، فإن هذه الرغبة المحرمة تثير ما أطلق عليه فرويد قلق الأخصاء، أي خوف الطفل من ان والده سيعاقبه على رغباته الممنوعة هذه بأن يقطع العضو المسبب لهذه الخطيئة....العضو الذكري. ويفترض ان هذا الخوف قد تأكد لدى الطفل من ملاحظته لجسم الأنثى وتصوره أنها قد جرى إخصاؤها، فيخاف أن يناله نفس المصير، ولكي يبعد عنه قلق الإخصاء، فإنه يعمد بالتالي إلى كبت هذه الرغبة المحرمة التي تثير لديه هذا القلق.

أما الصغيرة الأنثى فإنها، بعكس الولد، تلاحظ أنها ولدت من غير قضيب، فتنشأ لديها حالة أطلق عليها فرويد "حسد القضيب". وبينما يكون قلق الإخصاء بالنسبة للطفل الذكر هو الذي يجعله يكبت توقه ورغبته الشديدة في أمه، فإن حسد القضيب بالنسبة للطفلة الأنثى هو الذي يدفعها نحو والدها. فإذا امتلكته، فإنها تكون قد حصلت، ولو بديلياً في الأقل، على العضو المرغوب.

وكما هي الحال بالنسبة للولد، فإنه يأتي وقت تحلّ فيه الرغبة الأوديبية لدى الأنثى([1]) وبدلاً من حرب ضد والد من نفس الجنس بسبب موضوع لا يمكن الحصول عليه، فإن الأولاد والبنات يسوون الأمر بالتوحد (identification) مع الوالد من نفس الجنس، فما داموا غير قادرين على هزيمتهم فإنهم يرتبطون ويندمجون بهم، ويتشربون معايير الوالدين وقيمهم وتوجهاتهم الجنسية..وإنه من خلال اندماج القيم الأخلاقية للوالد في عملية التوحد، يطور العقل الأنا الأعلى لديه.

وتعد هذه المرحلة هي الخطر نفسياً في المنظور الفرويدي، لأن فيها قد تحدث أربع عقد نفسية هي :أوديب، والكترا، وقلق الإخصاء، وحسد القضيب.

---

(1) حديثاً" فقط، جرت الإشارة إلى أن مفاهيم مثل"قلق الإخصاء" و"حسد القضيب" تعكس افتراضات غير مبررة، وان سبب تعاسة المرأة هو انها ولدت دون قضيب، فهذا الافتراض ومصطلحات أخرى مثل"المرحلة القضيبية" تعكس الأساس الذي بنى عليه فرويد نظرياته، بأن جعل هذا الأساس بيولوجياً"بالنسبة للذكر ونفسياً" بالنسبة للأنثى. وفي هذا تحيز واضح لفرض في نفسه هو توجيه النقد لحركة تحرير المرأة. وبطبيعة الحال، فإن في معظم المجتمعات يحتل الذين يمتلكون قضيباً المكانات المهنية المفضلة. وانه لهذا السبب، وليس بسبب العضو الذكري، يتركز حسد النساء للرجال (هورناي، 1967).

-الكمون والمرحلة التناسلية:

بين السادسة والثانية عشرة يمر الطفل بفترة الكمون(Latency)، وكما يستدل من اسمها، فإن الدوافع الجنسية تبدو كامنة او مستترة(Latent) إذ يتركز انتباه الطفل نحو السيطرة على المهارات النمائية، وبعد هذه الفترة التي يفترض أنها تكون خالية من السلوك الجنسي، يبدأ النشاط الجنسي بالاستيقاظ كلما تقدم الطفل باتجاه البلوغ، وحدوث تغير جوهري في الوظيفية الجنسية ،فخلال المراحل الثلاث: الفموية، والشرجية، والقضيبية بشكل خاص، يكون النشاط الجنسي للأطفال، نرجسياً، حيث تكون أجسامهم هي موضوع الحب الشهواني المركزي لديهم، أما باقي الناس- والأم بشكل خاص- فإنهم يحبونهم بمقدار مساهمتهم في الحصول على هذه المتعة البدنية.

أما في مرحلة البلوغ فإن الأفراد يبدأون بإعادة توجيه جانب من طاقتهم اللبيدية نحو الناس الآخرين، بعد أن كانت في المراحل السابقة موجهة نحو جسم الفرد. وكلما تقدم الفرد بالبلوغ فإن الحب الموجّه نحو الآخر يندمج مع طاقات لبيدية غريزية إضافية، لينتج عنه نضج في الوظيفية الجنسية، تمتزج فيه الرقة والملاحظة والضعف بالجوع الجنسي البدائي، ويطلق على هذا الطور الأخير من التطور المرحلة التناسلية(Genital Stage)، التي تنتهي بالنضج الجنسي.

ولا بد من الإشارة إلى أن فرويد يقصد بها ليس فقط حب الفرد لشخص من جنسه المضاد، وإنما النضج بمعناه الواسع الذي يشمل:الاستقلال والاعتماد على النفس، والقدرة على العمل وما شابه ذلك.

-السلوك السّوي والسلوك الشاذ:

في ضوء هذا العرض للمبادئ الأساسية لنظرية فرويد، سنحاول الآن تبيان وجهة نظر فرويد في الشخصية السوية(Normal) والشخصية الشاذة(Abnormal).

-الشخصية السوية (السليمة):

ينظر فرويد إلى الشخصية الطبيعية او السوّية(Normal) على أنها تحتوي على عناصر غير عقلانية قوية: ويقول بأن الناس المتنورين اعتقدوا، ولمئات من السنين، بأن الاضطراب العقلي هو ان يفقد الإنسان العقل أو المنطق أو الحجة(Reason). وهذا يعني أن المرء الذي لا يصاب باضطراب عقلي هو إنسان عقلاني، وأن المجنون او من فقد عقله هو إنسان غير

عقلاني. لكن فرويد(1920) له رأي قد يبدو غريباً، فهو يرى أن كليهما (العقلاني وغير العقلاني) مدفوعان من الأعماق بدوافع"الهو" غير العقلانية اللحوحة في طلب اللذة والعدوان.

وهناك مسألة أخرى هي أن سلوك الراشد وكيفية إنجازه لوظائفه، تتشكل بفعل أحداث خبرها في الطفولة، فكما مر بنا، فإن التثبيت(Fixation) على أية ملاحظة من مراحل التطور النفسي- الجنسي يمكن أن يؤدي إلى شذوذ في السلوك غير أن التثبيت قد يمثل حالة متطرفة. وما يحصل، من وجهة نظر فرويد، أن معظم السمات العادية للشخصية الراشدة... سواء كنا أذكياء أم كسالى، منفتحين أم منعزلين، مستقرين أم متقلبين في المزاج- هذه السمات وغيرها تتحدد بنجاحنا في إشباع دوافعنا قبل سن السادسة من العمر.

وأخيراً يرى فرويد ان الشخصية السليمة تتصف بالتوازن بين مكوناتها النفسية الثلاثة: الهو والأنا والأنا الأعلى، وبينما يجاهد الهو على ان يكون مولداً أو مرجلاً(Generator) السلوك. فإن الأنا والأنا الأعلى يمارسان دوريهما في تحديد نوع السلوك الذي يحدث فعلاً. وهذا لا يعني ان هذه المكونات النفسية الثلاثة تعمل بانسجام تام، بل هناك صراع قائم بينهما باستمرار. وأن القوة أو السيطرة تنتقل من واحد إلى آخر. ففي الحالات التي يمر بها المرء بضغوط نفسية يكون الأنا ضعيفاً، وتضعف معه الآليات الدفاعية، ولا مفرّ من أن يستولي القلق عليه. أما في حالة تناول الإنسان للكحول فإن الأنا الأعلى يضعف وتقوى دوافع الهو على الظهور. وعندما يستفيق الإنسان من تأثير الكحول يبدأ الأنا الأعلى يستعيد قوته فيمارس التعنيف على النفس ويحسسها بالذنب، ثم يستعاد التوازن بين الهو والأنا الأعلى ويعمل المرء لأن يكون قادراً على إرضاء مطالب الهو، والتوفيق بينها وبين متطلبات الواقع والأخلاق.

-الشخصية غير السوية (الشاذة):

كما هي الحال في الشخصية السوية، فإن الشخصية الشاذة تكون مدفوعة أساساً بدوافع غير عقلانية تحددها خبرات الطفولة.

وجدير بالإشارة أن نقول أن احد المبادئ المركزية في نظرية التحليل النفسي هو ان السلوك السوي والشاذ يكونان على متصل (Continuuuum)، بمعنى ان الشذوذ يكون مختلفاً في الدرجة وليس في النوع. فالأحلام والخيال (الفنتازيا)، والأعمال الفنية،والهلوسات...هي ببساطة نقاط أو مواقع مختلفة على خط أو طريق واحد، فسلوك الشخص المصاب بالفصام وسلوك الطبيب الذي يعالجه، ينبعان من المصدر نفسه.

هنا يكون السؤال الآتي:-

ما الاختلاف -إذن - بين السلوك السوي والسلوك الشاذ؟ والجواب يكون: في الحالة الحاسمة التي يكون عليها توازن الطاقة بين الهو والأنا والأنا الأعلى والذي يحصل في حالة الشخصية الشاذة أن توزيع الطاقة بين هذه المكونات الثلاثة، اما ان يكون مائلاً إلى جانب (Lopsided)"غير متناسب"، أو يصطدم فينحرف نتيجة لصدمة أو عجز (Deficit) أو اضطراب في النمو النفسي- الجنسي حصل في المراحل قبل التناسلية.

وكما رأينا فإن شدة القلق وحدته خلال فترة حاسمة من التطور يؤدي إلى التثبيت، فينتج عنه تطور ضعيف للأنا والأنا الأعلى. وبالمثل، فإن القلق يمكن أن يؤدي إلى النكوص، حيث يتخلى الأنا والأنا الأعلى عن عناصر النضج فيهما، فيعود المرء بسلوكه إلى مرحلة عمرية سابقة. كما ان الحل غير المناسب لعقدة أوديب قد تترك الفرد يواجه مشكلة الأنا الأعلى. فالذي لا تحل عنده عقدة أوديب يكون الأنا الأعلى عنده ضعيفاً، ومن ثم يواجهه مشكلات أخلاقية واجتماعية. أما إذا كان الأنا الأعلى عنده قوياً، عقابياً، صارماً ومتزمتاً، فإن الكثير من طاقة الهو تنتقل إلى الأنا الأعلى، فيصرفها هذا في ممارسة الكبت المستمر على مطالب الهو.

وعندما يضطرب التوازن بين هذه المكونات النفسية الثلاثة، يظهر على الفرد عدد من الأعراض. فإذا ضعف الأنا الأعلى فإن الدوافع العدوانية الهو قد تكون لها اليد العليا، فتظهر على الفرد أنواع من السلوك الشاذ منها: الانفلات الأخلاقي، والسلوك المضاد للمجتمع (الشخصية السوشيرباثية) وما إلى ذلك، أما إذا أصبحت السيطرة للأنا الأعلى فإن الآليات الدفاعية قد تقوى إلى درجة تضر بالتكيف الوظيفي والنفسي للفرد، لأن استعمالها يكون بشكل مبالغ فيه. فعلى سبيل المثال، فإن الشخص الذي يمارس الإسقاط بكثرة، قد ينتهي به تصوره المبالغ فيه إلى أن كل واحد من الموجودين من حوله يريد أن" ينال منه" فتكون البداية للإصابة بالزور (البارانويا).

وبينما يكون تنوع الأعراض مطلقاً ولا نهائياً، فإن معظمها يكون له سبب واحد هو: ضعف"الأنا". ذلك لأن الأنا هو المسؤول عن التعامل مع الواقع الخارجي، وأن ضعفه يلحق الضرر بقدراتنا على التكيف للواقع، فيصبح الفرد غير قادر على الإيفاء بالتزاماته، وتصبح المواقف الجديدة مهددّة أو مرعبة له، ويرى الصعوبات الصغيرة تتجسد او تتحول إلى

معضلات كبيرة. وعندما يقع في هذه الاضطرابات فإنه يدخل في حلقة مفرغة، هذه الاضطرابات او المشكلات تخلق المزيد من الصراع، وهذا بدوره يؤدي إلى إضعاف أكثر للأنا، يقود إلى خفض أكثر لقدرتنا على التكيف للواقع.

إن الكثير من الناس يمرون بمثل هذه المواقف في حياتهم التي يتعرضون فيها إلى ضغوط انفعالية حادة. وعندما ينتهي الموقف الضاغط فإن الوسائل الدفاعية تأخذ بالارتخاء ويستعيد الأنا موقعه ونشاطه من جديد، غير انه يحصل في بعض الحالات ان يستمر الصراع فيخلق المزيد والمزيد من القلق، الذي يؤدي بدوره إلى المزيد والمزيد من الآليات الدفاعية المتصلبة والصارمة. التي تعوق أو تؤثر في الوظيفية التكيفية للفرد. لأن احتماءه بها، وبهذا الشكل الصارم، يجنبه مواجهة مصدر القلق اللاشعوري لتلك الاضطرابات. وهذا ما أطلق عليه فرويد مصطلح"العصاب Neuroses". فالعصاب عنده يعني تلك الحالة التي يمارس فيها الفرد سلوكاً غير متكيف يحتمي به ضد مصدر القلق اللاشعوري.

أما في الحالات المتطرفة من السلوك الشاذ، فإن قوة الأنا تضعف إلى درجة كبيرة، فتضطرب الوظيفة التكيفية بشكل حاد، أو تنهار تماماً، حيث تتوقف الآليات الدفاعية عن عملها، وتفيض النفس بدوافع"الهو" المصحوبة بالقلق، وتنفصل الانفعالات عن أحداثها الخارجية وكأن لا رابطة بينها. ويفقد الكلام معناه، ويبدأ الفرد يرى أناساً ويتحدث معهم وهم غير موجودين على مستوى الواقع، فيما يتعامل مع الناس الحقيقيين وكأنهم غير موجودين وعندما يتهاوى الأنا ويصل إلى هذه الحالة. يقال عن هذا الإنسان أنه أصيب بالذهان(Psychosis). وهذه هي آخر ما يمكن ان يصل إليها عدم التوازن بين المكونات النفسية الثلاثة، والتي عدّها فرويد أساس السلوك الشاذ.

-ما بعد فرويد:

مع انه قد صاحب الترحيب بنظرية فرويد شك كبير بها من قبل معظم معاصريه، فإنها أحدثت بالتالي اتجاهاً جديداً في علم النفس، وسببت ظهور مدرسة فكرية جديدة باسم: المنظور النفسي- الدينامي (Perspective Psychodynamic). فلقد تقاطر على (فينا- عاصمة النمسا) في ذلك الوقت شباب من مختلف الأقطار، قصدوا فرويد واتباعه للعلاج أو الإطلاع على التحليل النفسي، وعادوا إلى أوطانهم محملين بنظريات فرويد وافكاره، فنشروها في أوروبا والولايات المتحدة، ومع انتشار هذه الأفكار، كانت نظرية

فرويد قد تعرضت إلى التعبير، ذلك أن الكثير من الذين عملوا مع فرويد، او الذين استهوتهم نظرياته، كانوا من ذوي التفكير الأصيل. وبالرغم من أن عدداً منهم قبل عدداً من الافتراضات والمقدمات الأساسية في نظرية فرويد وأبقى عليها كما هي، إلا أنهم عمدوا أيضاً إلى مراجعة بعض الافتراضات وتعديلها، فأوجدوا بذلك مدارس أو اتجاهات فرعية ضمن فكر المنظور النفسي- الدينامي، يمكن تأشير اتجاهين رئيسين فيه:

الأول:إن الفرويديين الذين جاءوا بعد فرويد أكدوا بشكل واضح على "الأناEgo". وهذا يختلف بطبيعة الحال عن تفكير فرويد الذي أكد على "الهوId" وعدّه المكون الغريزي والبيولوجي، والمحرّك الأساس لسلوك الإنسان. وقد أحدث المساهمون الجدد في التفكير النفسي- الدينامي إنتقالة حاسمة من "الهو" إلى "الأنا". وهذا يعني أنهم تخلوا عن التوكيد على الجنس والغرائز والحتمية، وتوجهوا نحو التوكيد على: الأهداف، والإبداع، والتوجيه الذاتي (Self- Direction). وعرف هذا التوجه باسم جماعة الأنا، ومنهم (آنا) ابنة فرويد.

والثاني: أن المفكرين الذين جاءوا بعد فرويد مالوا نحو اعتبار العلاقات الاجتماعية للطفل هي المحدد الأساس للتطور السّوي والشاذ، وعليه، فقد تخلى المنظرون الجدد من الفرويديين عن "الهو" وتحولوا نحو التفاعل الاجتماعي- والمجتمع بشكل عام- كمرحلة أساسية في التطور النفسي.

وهناك بطبيعة الحال عدد كبير من علماء النفس، والأطباء النفسيين والمفكرين الأخرين الذين جاؤوا بعد فرويد واستعاروا أفكاره ليبنوا عليها او يوسعوا فيها أو يعدلوا هذا أو ذاك من مفاهيم فرويد الأساسية. من بين هؤلاء، وهم كثرة، سننتقي اثنين من زملاء فرويد يتحلون بتفكير أصيل. هما: كارل يونك والفريد أدلر، واثنين من المنظرين الذين يعدون خارج التحليل النفسي مع أنهما بنيا نظريتيهما على أفكار فرويد، وهما: هاري ستاك سوليفان، وكارين هورناي. واثنين من المحللين النفسيين اللذين أصبحا رائدين في (علم نفس الأنا Ego Psychology) هما: هانز هارتمان وإرك أريكسون.

-كارل غوستاف يونغ:

يعد الطبيب النفساني السويسري يونغ (Jung)(1875- 1961) ثاني من اشتهر من جماعة فرويد في "الحلقة الداخلية" لحركة التحليل النفسي. غير أنه قطع علاقته مبكراً

بفرويد مدعياً ان نظريته سلبية واختزالية. وكانت المسألة الأساسية التي عارضه فيها هي طبيعة "اللبيدو" التي تعني طاقة غريزة الحياة والقوة الدافعة في الشخصية على ما يرى فرويد. وبينما يرى فرويد أن الجنس هو المحتوى الأساس لهذه الطاقة النفسية، فإن يونغ نظر إلى هذه الطاقة بمنظور أوسع، بأنها تشتمل على "غريزة روحية Spiritual Instinct" تلقائية، وغريزة جنسية أيضاً. وهناك تطابق بين وجهة نظر الرجلين بخصوص اللاشعور. فهو، بالنسبة لفرويد، قوة نكوصية(Regressive) تدفعنا ارتداداً إلى الطفولة، حيث "الهو" يوجّه السلوك، ويتفق يونغ مع فرويد حول ان اللاشعور قوة إبداعية. غير ان يونغ(1935) ذهب أبعد مما ذهب إليه فرويد مفترضاً بأن العقل لا يحتوي فقط على اللاشعور الشخصي بالفرد والمتضمن الدوافع البيولوجية وذكريات الطفولة، إنما يحتوي أيضاً على اللاشعور الجمعي (Collective Unconscious)، الذي يتضمن الرموز وخبرات الإنسان التي اكتسبها عبر الأجيال وأساليب التعبير عنها. وأن مجموعة الرموز هذه يشترك بها كل البشر، وتشكل مصدراً للأساطير والفنون تتشابه عبر الحضارات المختلفة، وبسبب انشغال يونغ بمحتويات اللاشعور الجمعي فقد اتجه في دراسته إلى الدين والتبصر الروحي أو التأمل المبهم (Mysticism) والسحر على أنها أمور تؤثر في الحياة العقلية للإنسان. وهي قضايا عدّها فرويد والموالون له على أنها غير علمية.

كما أن أساليب يونغ في العلاج النفسي تختلف عن أساليب فرويد. ذلك أن يونغ كان قد نظر إلى الكون والإنسان على أساس من الثنائية المتضادة (الحياة والموت، الذكورة والأنوثة، الانبساط والإنطواء، ...)

وعدّ المرض النفسي بانه عملية دمج((Integration النزعات المتضادة داخل الذات. وأن الصراع في المريض نفسياً ليس بين الدوافع البدائية(الجنسية) وبين متطلبات المجتمع، وإنما بين نواحي من الشخصية لم تتمّ نمواً متساوياً.

هذا يعني أن كلا من فرويد ويونغ يعتمدان على التبصر(Insight) بمعرفة أسباب المرض النفسي الكامنة في شخصية المريض من الداخل، غير انهما يختلفان في الهدف، حيث يكون هدف التبصر في العلاج الفرويدي هو تمكين الأنا العقلاني من السيطرة على الهو غير العقلاني وتوجيهه نحو غايات بناءة. فيما يكون هدف التبصر لدى يونغ هو الكشف والتعبير عن كل جوانب الذات. وأنه بهذه العملية فقط يتم تمكين الفرد من الوصول إلى غايات بناءة.

وثمة نقاط أخرى يختلف بها مع فرويد، فهو يرى أن النفس لها مستقبلها كما لها ماضيها، وأن دراسة العقل يجب أن تكشف ليس فقط عن هذا الماضي. وإنما أيضاً عن أهداف المستقبل.

وبالرغم من أن يونغ يتفق مع فرويد بأن اللاشعور يحتوي على قوى عدائية وأنانية، إلا أنه يرى بأنه يحتوي على أيضاً على دوافع إيجابية وحتى روحية(Lahey ،2001). وهذا ما يتناغم مع ثنائيته (الذكورة والأنوثة، الخير والشر،.......)، او مع الخاصية الأساسية في تفكير يونغ التي تفترض أن كل العناصر المهمة في العقل البشري تأخذ شكل المتضادات opposites.

ولقد أثار يونغ بمنهجه الذي أسماه علم النفس التحليلي (Analytical Psychology) الكثير من الآراء المتعارضة. فبعض النقاد عدّوا منهجه مصدراً ممتازاً للأفكار الإبداعية والإيحائية، فيما عدّه آخرون منهجاً تأملياً لا يتسم بالمواصفات العلمية. ومهما يكن فإن هناك اعترافاً بأهمية يونغ كونه أول من وجه النقد لمفاهيم فرويد في "اللبيدو" والنمو النفسي- الجنسي.

-الفريد أدلر:

يعد أدلر أحد ثلاثة (فرويد- أدلر- يونغ) في تكوين مدرسة التحليل النفسي لتي تزعمها فرويد، والصديق المفضل لديه ونائبه أيضاًوأدلر (Adler) (1870، 1937)، اعتقد – مثل يونغ- بأن فرويد غالى في توكيد دافع الجنس. وجاء بتفسير جديد بأن المحرّك الأساس للسلوك هو الدافع العدواني للسيطرة ليس الدافع الجنسي، وافترض بأن جميع الناس يولدون ولديهم الإحساس بالنقص(وإليه يرجع مصطلح عقدة النقصComplex Inferiority) وأن معظم سلوك الإنسان يمكن تفسيره على أنه محاولة منه للحصول على القوة والسيطرة على الآخرين. وبتوكيده الكفاح من أجل النجاح فإنه ساعد على نقل اهتمام النظرية النفسية- الديناميه من (الهو) إلى (الأنا).

غير أن المساهمة الأعظم أهمية لأدلر هي إهتمامه بالسياق الاجتماعي للشخصية ورأى أن جذور الاضطراب النفسي لا تضرب جميعها في خبرات الطفولة المبكرة، بل في الظروف الحاضرة التي يعيشها الشخص. وأهمها الجوانب الاجتماعية من هذه الظروف، فالعلاقات الاجتماعية مع الآخرين هي التي تحدد الصحة النفسية للفرد. وأن الشخص الناضج هو ذلك

الذي يستطيع العمل من أجل المصلحة الاجتماعية. ويعتقد بأن معيار السواء هو الدرجة التي يكون عليها الشخص في توجيه نفسه نحو العمل والحب والناس الآخرين وتحقيق التزاماته الاجتماعية، وأن الشخص "السوي" هو الذي يضع القيم الإنسانية فوق مصالحه الأنانية لأنه يكون قادراً على التغلب على أهدافه الذاتية القسرية(Adler،1964). وان سلوك الإنسان يمكن تفسيره بشكل أفضل من حيث أهدافه ومراميه، وليس على أساس دوافعه الجنسية.

ويعتقد أدلر ان الأشخاص العصابيين والذهانيين هم أولئك الذين يمتلكون أساليب حياتية خاطئة(Life-Style) الذي يعني نمط الشخصية المميز للفرد الذي يتشكل بوضوح في نهاية مرحلة الطفولة). إذ تميل هذه الأساليب إلى عدم الاندماج بالسياق الاجتماعي، والابتعاد او الاختلاف مع المصلحة الاجتماعية. ويميل الفرد العصابي على ان يدرك الناس على أنهم منافسون له، ويجب أن يهزمهم. فيما ينظر الإنسان الذهاني بشك أيضاً وريبة في الآخرين، فضلاً عن انه لا يصدق بقيمته وجدارته من خلال مقارنة أو موازنة نفسه بالآخرين، ولهذا يكون هدف المعالج النفسي هو إعادة تنظيم المعتقدات الخاطئة للفرد بخصوص نفسه والاخرين، واستبعاد الأهداف الخاطئة، وتزويده بأهداف جديدة تساعده على إدراك إمكاناته وقابليته ككائن بشري. وبهذا يعد أدلر في رأينا، قد سبق علماء النفس المعرفي في التنبيه إلى ان الأفكار يمكن ان تكون السبب في الاضطرابات النفسية.

-هاري ستاك سوليفان:

إن دراسة الاضطراب النفسي كظاهرة اجتماعية كان قد دفع بها إلى امام طبيب نفسي أمريكي هو سوليفان(Sullivan) (1892- 1949). حيث تؤكد اهمية التجار الاجتماعية المستمدة من العلاقات والصلات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد منذ الولادة في تكوين شخصيته، ويرى أن المشكلات النفسية تنبع وتظهر بوضوح من خلال مشكلات الاتصال الجنسي(Interpersonal) يولي سوليفان أهمية كبرى لعلاقات اتصال الطفل بوالديه، وعلى أساس ان العالم الخارجي يضم الناس الآخرين، فقد شدد سوليفان على أن الصراعات الأساسية هي تلك التي تحدث بين الفرد وبين بيئته الاجتماعية. وعدّ المرض العقلي نتيجة لحدوث اضطراب في علاقات الاتصال الشخصي (Mullahy،1970). ويتفق سوليفان مع فرويد بأن القلق هو محور السلوك غير المتكيف، غير أنه يرجع أسبابه إلى الإتصال الشخصي، وبخاصة اتصال الطفل بإمه. فالأطفال المرفوضون من والديهم يطورون

إحساساً حاداً بالقلق بخصوص انفسهم، فينمو لديهم الشعور بالخوف والتهديد، فتكون إستجاباتهم للآخرين إما جافة، صارمة تهدف إلى حماية الذات، وعندما يكون سلوكهم "عصابيا"، واما بالإنسحاب عن عالم الآخرين وعندها يكون سلوكهم "ذهانياً" وبغض النظر عن حدة هذا السلوك، فإن الاضطراب النفسي هو هروب مدفوع بالقلق من علاقات اتصاله بالآخرين.

لقد قدم سوليفان مساهمتين مهمتين للمنظور النفسي- الدينامي- الأولى: توضيحية للدور الحاسم لمفهوم الذات (Self-Concept)، حيث رأى أننا كاطفال، يطور كل واحد نظاماً للذات (Self- System)، ينشأ معظمه من تثمين وتقدير الناس الآخرين لنا، فإذا كانت تقييمات الآخرين لنا قاسية او مزعجة فإننا سنعزل أجزاءً كبيرة من خبراتنا ونعطيها إسماً خاصاً بها هو "ليس- اناNot – me" من اجل ان نبعد انفسنا عن القلق: غير أن هذا الاعتماد المبالغ فيه على الإنكار يقود مباشرة، من وجهة نظرسوليفان، إلى الإضطراب النفسي.

والمساهمة الكبيرة الثانية لسوليفان كانت في مجال علاج الإضطرابات العقلية الحادة. فلقد اعترف فرويد وأتباعه الأوائل من ان التحليل النفسي لا يستطيع أن يقدم سوى مساعدة بسيطة في علاج هذا النوع من الإضطرابات. أما سوليفان، فقد كان اول محلل سجل نجاحاً بارزاً في علاج الإضرابات الذهانية بإسلوب التحليل النفسي البعيد الأمد. وعدّ إسلوبه العلاجي هذا القائم على الدفء والإسناد نموذجاً لعلاج هذه الإضطرابات استفاد منه المعالجون من جماعة المنظور النفسي، الدينامي، فلقد خصص سوليفان الكثير من وقته وطاقته لعلاج حالات عديدة من الأشخاص المصابين بالفصام. وهو ينظر إلى الفصام (الشيزوفرينيا) لى أنه حالة يحدث فيها كبت او قمع للوظائف العقلية المتجهة نحو التعامل مع الواقع، ولكنه ليس ذلك النوع من الإضطراب المتعذر إصلاحه(74، P. 1972، Sarason). فكبت أو كبح هذه الوظائف ما هي إلا وسيلة يستعين بها الفرد الذهاني للإنسحاب من الواقع، وأنه يمكن بالعلاج المناسب تمكينه من ان يتخلص من هذا الكبت. وهو يعتقد أن الفصام يمكن ان يحدث ويتطور في أي واحد منا إذا عانى من إحباطات وصراعات في علاقات اتصاله بالآخرين.

-كاري هورناي:

تحسب كارن هورناي(1885- 1952) على خط أدلر وسوليفان، من حيث أنها تميل إلى ترجيح العوامل الاجتماية كأسباب للإضطرابات النفسية، فهي ترى أن"العصاب": "تعبير عن إضطراب في العلاقات الإنسانية" (1945، ص47) وهذا يعني أنها تبتعد كثيراً عن فرويد من حيث أنها تعطي أهمية كبيرة للعوامل الإجتماعية والحضارية وللعلاقات الشخصية التي تنشأ في ظل هذه العوامل، ومالها من أثر في تكوين خصائص الشخصية والسمات غير المتوافقة في السلوك. وهي تضع تخطيطاً للإضطراب النفسي، وترى انه يحدث كالآتي:-

أسلوب خاطيء لتعامل الوالدين مع الطفل (عقابي او تدليلي، إهمال أو حماية مبالغ فيها) يقود الطفل إلى"القلق الأساسي- مفهوم للعالم على انه مكان عدائي". ولكي يحمي الفرد نفسه ضد تهديد متوقع، فإنه يطور اتجاهاً عصابياً أو إستراتيجية اساسية للتعامل مع الآخرين، تكون بشكل عام على ثلاثة انواع:العجز، العداء، والإنعزال.

بتعبير آخر، هناك ثلاثة أساليب لتعامل الفرد مع الآخرين هي: التحرك نحو الآخرين، والتحرك ضد الآخرين، والتحرك بعيداً عن الآخرين. ففي الأسلوب الأول يكون الشخص استرضائياً في تعامله مع الآخرين، ويشعر بالضعف والعجز، فيما يكون في الأسلوب الثاني متجهاً نحو القوة والسلطة لأنه يرى انه يعيش في عالم عدواني، وأن المكر والدهاء مطلوبون إذا أراد الإنسان البقاء. اما الأسلوب الثالث فإنه يقرر أن يعيش حياة العزلة والإبتعاد عن إقامة علاقات حب او كره او تعاون مع الآخرين.

ومهما اختار الفرد من أسلوب، فإنه سيصطدم بحاجات تنافسية، فالاتجاه نحو العداء بالتحرك ضد الآخرين، سيجعل الفرد غير قادر على إشباع حاجته إلى الحب. والاتجاه نحو الاخرين بسبب الإحساس بالعجز يصطدم برغبة الفرد في السيطرة، وهكذا فإن الصراع بين هذه الاتجاهات المتعارضة نحو الاخرين هو الذي يسبب الإضطرابات النفسية، كما ترى هورناي، وهذا يعني أنها تفسر الإضطرابات النفسية على انها مكتسبة وبأنها ليست نتيجة حتمية لتقلبات الحياة الغريزية.

ولقد اهتمت هورناي، مثل أدلر، ليس فقط بالعلاقات الاجتماعية الحميمة التي تربط الفرد بأشخاص معدودين، إنما أيضاً بالتركيبات الإجتماعية للنظام الإجتماعي ككل، كمصدر لنشوء الإضطرابات النفسية، ففي كتابها "الشخصية العصابية في العصر الراهن

Neurotic Personality Of Our -Time عـام (1937) أشـارت فيـه علـى أن المجتمعـات الصناعية مثل الولايات المتحدة، خلقت بتوكيدها التنافس والأمور المادية ،أنماطاً عصابية شائعة ومتزايدة أخذت تبرز في أنواع من العدوان المحدود والشامل(الحروب)، فضلاً عن أن الإنسان في هذه المجتمعات قد "دفن" في أعماقه خاصية التعاطف الوجداني مع الاخرين.

-هانز هارتمان:

في بدايات تطور نظرية التحليل النفسي، كان هناك توكيد كبير على الوظائف الدفاعية للأنا(ego) وكان هذا يمثل جانباً من اهتمام كبير بخصوص اللاشعور وليس الضغوط الشعورية.إلا أنه جرى في السنوات اللاحقة أطلقوا عليه" علم نفس الأنا Ego Psychology". حيث اعتقدوا بأن نظريات فرويد في الغرائز حصرت وقيدت إمكانية التحليل النفسي لأن يصبح نظرية شاملة في تفسير السلوك. واعترضوا على فكرة فرويد التي ترى بأن"الأنا"و"الأنا الأعلى" يعتمدان كلياً على"الهو" في الحصول على الطاقة النفسية. وأكدوا بأن التوجه الذي يعتمد على دافع واحد يفسر بموجبه السلوك ليس سليماً ولا مناسباً في تفسير الكثير من علاقات الفرد بواقعه(1964، Hartman). وهكذا يظهر اتجاه جديد يؤكد وظائف الأنا، برز فيه اثنان هما هارتمان وأريكسون.

لقد افترض هارتمان (1894، 1970) بأن الأنا يتطور بشكل مستقل عن الهو، وأن له وظائفه المستقلة التي تخدمه، مثل حاجته إلى التكيف مع الواقع . ففي العمليات العقلية من قبيل، الذاكرة، والإدراك، والتعلم يحدث، كما يرى هارتمان، تعبيرات للأنا تأخذ شكل "الصراع –اللا صراع". فعلى سبيل المثال، قد يعمل الهو والأنا الأعلى على حث الطفل للذهاب إلى المدرسة، غير أن الدافعية النسبية الخالصة للأنا هي التي تفسر كيف يتعلم الطفل حل مسألة رياضية أو ترجمة عبارة من لغة إلى أخرى. وهكذا فإن التعديل الجوهري الذي أجراه علماء نفس الأنا على نظرية التحليل النفسي هو افتراضهم بوجود وظائف لا ينجزها" الأنا" بشكل مستقل عن الدوافع والصراعات. وهذا يعني وجود سلوك متحرر من الصراع في الحياة العقلية. وأن فرويد من وجهة نظرهم- كان قد غالى بتوكيده دور الصراع في الحياة العقلية وأن " الأنا" لا ينشغل، بالشكل الذي وصفه فرويد، بالتوسط في "الحروب" القائمة بين الهو والأنا الأعلى، وبين الهو والواقع....إنما له وظائف ينجزها في تعامله مع الواقع تكون متحررة من الصراع مثل سياقة سيارة أو مكالمة صديق أو قراءة كتاب.

ولقد كان لأفكار هارتمان تأثير كبير في نظرية التحليل النفسي منذ الحرب العالمية الثانية. فلقد كان المحللون النفسيون منشغلين" بالهو" وما يحدثه من صراعات نفسية في سعيه لإشباع دوافعه. غير أن موقفهم قد تغير بعد ذلك، واتجه نحو التركيز على "الأنا" وعلى التفاعل بين وظائفه في حل الصراع، الدفاعية منها بشكل خاص، وبين وظائفه المستقلة، العمليات المعرفية بشكل خاص، وقد أحدثت هذه الانتقالة تأثيراً في تقريب التحليل النفسي إلى فروع أخرى في علم النفس، وبخاصة تلك المهتمة بالعمليات المعرفية.

-ارك اريكسون:

إن أفضل مثال للمحاولات الحديثة لربط مفاهيم التحليل النفسي بالعوامل الإجتماعية والحضارية موجودة في كتابات أريكسون (Erikson) (1964، 1968)، ففيها حاول أريكسون (1902- 1994) أن يجمع مفاهيم" اللبيدو" بعلم نفس الأنا، وبالمؤثرات الاجتماعية. ولقد وجد أريكسون ان المعضلة الأساسية في نمو الفرد وتطوره تتعلق بتكوين" هوية الأنا Ego Identity" . وعدّ هذا المفهوم (يترجم احياناً إلى هوية الذات) من أهم المفاهيم في نظريته، حيث ينظر إليه على إنه نتاج للتطور النفسي، وأنه إحساس الذات بالاستقلال والتفرد والتكامل.

وما فعله أريكسون في توسيع وتطوير نظرية فرويد يقع أساساً في قسمين، الأول وسعّ في مراحل النمو عند فرويد، ففي الوقت الذي أكد فيه فرويد مرحلة الطفولة ورأى ان الشخصية تتشكل بصورة ثابتة تقريباً بحدود السنة الخامسة، رأى اريكسون بان الشخصية تستمر في النمو والتطور على مدى حياة الفرد. وتمر بسلسلة متتابعة تتضمن ثمان مراحل تكوينية مهمة تختلف بشكل كبير عن مراحل النمو النفسي- الجنسي لدى فرويد. وهذه نقطة اختلاف جوهرية تفرز فرويد لتضعه يتقدم جماعة" القطع" الذين يرون أن الشخصية تتكون أساساً عند سن السادسة أو السابعة على أبعد احتمال، فيما تضع أريكسون ضمن جماعة "الإستمرارية" الذين يرون ان نمو الشخصية هي عملية مستمرة من الولادة إلى الموت.

والتوسيع الثاني الذي فعله أريكسون لنظرية فرويد هو توكيده الحضارة والمجتمع والتاريخ في تشكيل الخصية. فالناس لا تتحكم فيهم القوى البيولوجية التي تعمل في مرحلة

الطفولة كما وصفها فرويد. إنما تتطور الشخصية بالأحرى، بالتأثيرات العميقة. ليس داخل الأسرة فحسب، بل ومؤسسات إجتماية أخرى من قبيل المدرسة ومحل العمل.

وربما كانت نقطة الخلاف الأكثر اهمية مع فرويد، هو توكيد أريكسون دور" الأنا Ego" في النمو التطوري للفرد، ذلك أن فرويد في وصفه لمراحل التطور النفسي- الجنسي كان قد انشغل بكفاح"الهو" وصراعاته، اما أريكسون في وصفه لمراحل التطور النفسي- الاجتماعي، فقد انشغل بكفاح" الأنا" مع الواقع. ففي كل مرحلة هناك ازمة صراع بين الفرد وتوقعاته المفروضة عليه من المجتمع. وأن هذه الأزمة تستدعي الأنا ليحلها من خلال تعلم مهمات تكيفية جديدة ففي السنة الثانية -في سبيل المثال- يواجه الطفل مشكلة التدريب على المرافق الصحية، وهو نوع من التحدي يقود إما إلى إحساس جديد بالاعتماد على الذات، أو الشعور بالخجل والشك بالذات، إذا كان تدريبه غير مناسب وبالمثل يواجه الطفل بين الثالثة والخامسة تحدياً من نوع آخر هو الانفصال عن الأم. فإذا انتهى إلى حل ناجح فإن ذلك ينمي لديه الإحساس بالمبادأة، أما الإنفصال المضطرب فإنه يؤدي إلى نمو الشعوربالذنب.

وخلال عملية حل الصراع هذا فإن "هوية الأنا" -أي الصورة التي يحملها الفرد عن نفسه ككائن متفرد وكفوء.. تبدأ تتكون تدريجياً أما إذا فشل الأنا في السيطرة على الأزمات، فإن هذا سيعيق أو يؤثر في عملية تكوين الهوية، وربما تكون السبب في إحداث الإضطرابات النفسية.

ومع ذلك، يعتقد أريكسون بأن الفشل في مرحلة معينة لا يقود بالضرورة إلى فشل في المرحلة اللاحقة. فهناك دائماً فرصة أخرى. ونقطة تحول أو تغير في السلوك أو الشخصية، وهكذا وجد المحللون النفسيون الجدد في نظرية أريكسون مجالاً أرحب في العلاج النفسي بسبب توكيدها دور الأنا في التكيف وحل المشكلات، فضلاً عن انها نظرية تفاؤلية،تعد بالأمل في أن يكون الإنسان بحالة أفضل، لأنه قادر على توجيه نموه بوعي، وليس أسير خبرات طفولته.

تقويم المنظور النفسي – الدينامي

بما أن فرويد كان قد تدرب في ميدان الطب، فلا غرابة إذن أن نجد روابط بين منظوره النظري والنموذج الطبي، فوجهة النظر الفرويدية القائلة بأن الأنماط السلوكية

الشاذة ما هي إلا اعراض لإضطراب نفسي داخل الفرد، هي قريبة جداً من توجه النموذج الطبي الذي ينظر لأنماط السلوك غير المتكيف على انها أعراض لاختلال وظيفي عضوي، كما ان الحتمية في التحليل النفسي التي ترى ان الناس ضحايا ماضيهم، تتطابق مع الحتمية في النموذج الطبي، التي تنظر على المرضى العقليين بانهم ضحايا أبدانهم.

ومع ذلك فقد عمل فرويد جهداً كبيراً يميز نظريته عن وجهة النظر الطبية وبالرغم من وجود هذا التشابه، فإن المنظور النفسي- الدينامي يعّد -في الواقع- أقدم توجّه نفسي خالص في السلوك الشاذ (Bootzin & Alcocella ،1984). كما ان نظرية فرويد تعد أول تفسير منظم للعقل ينظر إلى السلوك الشاذ ليس على انه مشكلة اخلاقية او دينية او عضوية، إنما كمشكلة نفسية لها جذورها في تاريخ الحياة الانفعالية للفرد.

لقد أثارت نظريات فرويد حماسة لها أكثر من الهجوم عليها. ويتعرض المنظور النفسي- الدينامي الآن إلى جدل ووجهات نظر متباينة. ويمكن تلخيص النقد الموجّه إليه بالنقاط الآتية:-

-نقص الإسناد التجريبي:

تعرض المنظور النفسي- الدينامي إلى أقوى وأكبر نقد موجه إليه يتمثل في أن معظم ما يدعيه هذا المنظور، لا يمكن إختباره عملياً بتجارب مسيطر عليها. فلقد بنى فرويد نظرياته على أساس البيئة السريرية(Clinical Evidence)، أي ملاحظة المريض اثناء علاجه. وأن الكتاب المنضوين تحت هذا المنظور ما زالوا يميلون نحو الاعتماد على دراسة الحالة لدعم مواقفهم. غير أن المشكلة في دراسات الحالة هي أن الدقة فيها تكون دائماً موضع تساؤل.

كما ان العلاقة بين السلوك والعمليات العقلية تبدو، في هذا المنظور معقدة وغير مباشرة، يجب أن البنية السريرية يمكن ان يفسرها المعالج النفسي على وفق ما يهوى وما يرغب، على سبيل المثال: إذا عبّر طفل في السادسة من عمره عن حبه الشديد لأمه فإن المعالج سيفسر ذلك على أنه بينة واضحة عن ارتباط أوديبي. ولو أن الطفل نفسه كان قد عبّر عن كره شديد لأمه، فإن المعالج يمكن أن يفسره أيضاً بأنه ارتباط أوديبي، بتأويله من خلال عملية التكوين الضدي.

ويبدو ان السبب في توجه المعالجين في هذا المنظور نحو الاعتماد على البينة السريرية، أكثر من التجربة المسيطر عليها هو ان معظم الظواهر التي يعالجونها ذات طبيعة معقدة يصعب إخضاعها للأساليب التجريبية المعاصرة.

ومع ذلك فهناك من يشير إلى أن بعض الأفكار الأساسية في النظرية الفرويدية قد جرى إثباتها ببحوث علمية(Fisher & Greeberg ،1977)، منها مثلاً: ان الأحلام تساعد الفرد على خفض او تصريف توتره الانفعالي، وأن الأطفال يميلون نحو والديهم من الجنس المضاد، ويحلمون مشاعر عداء نحو الوالد من نفس جنسهم، فيما لم تتوصل بحوث أخرى إلى نتائج تدعم فرضياته، أو إنها توصلت إلى نتائج تعارضها، منها مثلاً عدم وجود إسناد، أو إسناد ضعيف، لإدعاء فرويد من ان الأحلام تمثل إشباعاً لرغبات. أو أن المرأة التي تشعر بنقص في جسمها بالمقارنة مع الرجل، يعود سببه إلى عوزها للقضيب.

ومع أن هذا المنظور يكاد يكون بعيداً عن الاختبار الأمبيريقي، فإن علماء النفس التجريبيين حاولوا إيجاد البيّنة لدعم الكثير من أفكار فرويد. على سبيل المثال، أن معظم ما تحتويه عقولنا هو لاشعوري (Miller ،1956) وإننا تحت ظروف عادية يمكن الوصول إلى بعض المحتويات اللاشعورية في العقل لدى بعض الأفراد، بينما يتعذر الوصول إليها لدى أفراد آخرين(Tulving ،1966 Pearlstone &).

-الاعتماد على الإستدلال:

يعتمد التوجه النفسي- الدينامي كثيراً على الإستدلال. فإن ترى لوحة فنية لامرأة عارية فإن المحلل النفسي يستدل بها على الحالة الجنسية للفنان (أو الفنانة) الذي رسمها، وقد يستنتج منها أن الفنان لم يتخلص بعد من ترسبات عقدة أوديب وهذا ليس سليماً في كل الحالات.

-عينات غير ممثلة وتحيز حضاري.

تعرّض المنظور النفسي- الدينامي لنقد حاد لأنه قام على دراسة عينة محدودة جداً من الناس، فغالبية المرضى الذين راجعوا فرويد كانوا من الطبقة المتوسطة العليا. وتحديداً من النساء اللواتي تراوحت أعمارهن العشرين والرابعة والأربعين(Fisher & Greenberg 1977). وبالرغم من أن" عينته" هذه من الراشدين، فإنه اشتق من حالاتهم نظرياته الخاصة بنفسية الطفل(فرويد لم يدرس الأطفال قطعاً بأسلوب منظم). وبالرغم من ان المرضى الذين راجعوا

كانوا يشكون من مشكلات إنفعالية حادة فإنه إشتق منها نظرياته بخصوص السلوك السوي والنمو النفسي السليم. وبالرغم من أن الإضطرابات الجنسية لدى مرضاه محكومة بظروف بالجنس، على جميع البشر.

من جانب آخر، هناك من يشير إلى انه قد جرى إختبار نظريات فرويد على: الأطفال، والناس العاديين، وآخرين من طبقات إجتماعية واطئة، وآخرين نشئوا في بيئات منفتحة(اقل كبتاً) وآخرين عاشوا في مجتمعات غير صناعية، وأن النتائج تشير إلى أن نظريات فرويد تصف فعلاً الجنس البشري بشكل عام (46، P، 1984، Alcocella.(& Bootzin) أصحابها والزمن الذين عاشوا فيه، فإن فرويد عمم إستنتاجاته المتعلقة

وهناك مسألة تتعلق بظروف الحياة الشخصية التي عاشها فرويد. فهو عاش في مجتمع كان الكبت فيه عالياً ، والتمييز الطبقي- الإجتماعي واضحاً، وعائلة كان الأب فيها مسيطراً، والفرص المتاحة للمرأة ضئيلة جداً. ولقد آثرت هذه الحقائق الإجتماعية في افكار مرضاه دون شك، وكما أشار فروم (Fromm 1980) فإن هؤلاء المرضى ربما اثروا في تفسير فرويد وجعلوه ينشغل بالكبت والدافعية الجنسية و"حسد القضيب" ولايهتم بالخاصية الشاملة للنفس البشرية.

-التفسير الإختزالي للسلوك:

اتهم المنظور النفسي- الدينامي بأنه ينظر إلى الكائن البشري على أنه مخلوق تسوقه غرائز حيوانية لا يمكنه السيطرة عليها. وبالتالي يكون عاجزاً عن تغيير ذاته وطبيعته، وأن فرويد كان قد إختزل السلوك إلى دافع رئيس واحد هو الجنس. وأن منشأه دوافع غريزية حيوانية ، ومع أن المنظرين الذين جاءوا من بعده من المتأثرين به، قد عدلوا وغيروا وطوروا في نظرياته، إلا أن إختزال سلوك الإنسان إلى دافع واحد أو عدد غير محدود من الدوافع قد لا تكون مفيدة في الكشف عن أسباب السلوك الشاذ، فضلاً عن أن الإختزال يلغي أو يقلل من التفاعل بين العوامل المسببة للسلوك الشاذ، وهي إضافة مال علم النفس الحديث إلى تأكيدها.

-مساهمات المنظور النفسي- الدينامي:

مع كل النقد الموجه لهذا المنظور فإنه قدم مساهمات جوهرية في علاج السلوك الشاذ، وفي التفكير الحديث بشكل عام، فهو قد نقل إختبار فكر القرن العشرين إلى الحياة

الداخلية للإنسان، الأحلام، الخيال(الفنتازيا) والدوافع المسببة للسلوك. وقد تعدى هذا التأثير حدود علم النفس إلى ميادين أخرى من قبيل الفن والأدب والتاريخ والتربية.

كما ساعدت النظرية النفسية- الدينامية على خفض أو تنحية التفكير الخرافي الذي يرجع الإضطرابات العقلية إلى أسباب أو كائنات أو قوى غير عقلانية. وأوضحت ان معظم جذور السلوك الشاذ ترجع على أسباب ودوافع في عملية نمو الإنسان، شأنها شأن الأسباب والدوافع التي تؤدي إلى سلوك سوي. مما ساعد على تأسيس مفهوم ان السلوك السوي والسلوك الشاذ يقعان على خط متصل من التكيف إلى سوء التكيف وليس هناك حد فاصل بين"المرض" و"الصحة".

ولقد ساهم فرويد في ميدان علاج المشكلات العقلية بأساليب التحليل النفسي من خلال مواجهة المريض بدوافعه اللاشعورية، بتمكينه من إعادة السيطرة على أفعاله. وربما كانت المساهمة الكبيرة لفرويد في ميدان العلاج النفسي، ليس في مواصلة المعالجين الفرويديين التقليديين لأساليب فرويد في العلاج. إنما في ذلك العدد المتنوع من أساليب العلاج الذي نما خارج التحليل النفسي، ولكن متأثراً به. وعلى الرغم من أن بعض المفكرين المعاصرين يقفون بالضد من فرويد، إلا أنهم يعترفون بتأثيره الكبير في المفهوم المعاصر لعلاج السلوك الشاذ.إذ يعود الفضل للنظرية الفرويدية في انتشار الإفتراض القائل بأن السلوك الشاذ ينتج من أحداث كان قد تعرض لها الفرد في ماضي حياته، وأنه يحدث إستجابة لدوافع لا شعورية ولا يمكن السيطرة عليها. وعلى هذا الأساس ابتكرت الأساليب الإسقاطية من قبيل إختبارات بقع الحبر، وإكمال العبارات الناقصة. وانه يمكن القول بأنه لا يوجد- في الغالب- شكل من العلاج النفسي المعاصر خالٍ تماماً من التأثير الفرويدي، الذي غير التفكير الغربي في النظر إلى تفسير سلوك الإنسان وشخصيته بشكل لم تفعله أية نظرية نفسية أخرى.

خلاصة

يركز المنظور النفسي- الدينامي على تفاعل قوى من قبيل: الرغبات، الدوافع، والوظائف الدفاعية، داخل عقل الإنسان،ويضع جميع منظري هذا التوجه تقريباً، اهمية كبيرة على الصراعات بين الرغبات المتعارضة، والقلق الناتج عن تصادم هذه الرغبات او قمعها، والدفاعات ضد الرغبات المثيرة للقلق. كما أنهم يميلون إلى الإعتقاد بأن هذه

العمليات تحدث من دون دراية الفرد بها.

ولقد أرسلت نظرية فرويد في التحليل النفسي الأساس الذي قام عليه المنظور النفسي- الدينامي، والمفهوم الأساس في نظرية فرويد هو إفتراضاته بخصوص علم نفس العمق التي تقوم على فكرة ان معظم النشاط العقلي يحدث بشكل لا شعوري. وقسم فرويد العقل إلى مستويين: الشعور واللاشعور (بضمنه ما قبل الشعور) وأن هدف العلاج النفسي هو"جعل اللاشعور شعوراً"، أي مواجهة الشعور بمحتويات اللاشعور ليكون الفرد على دراية بها، ولتحقيق هذا الهدف فقد تجاهل فرويد السلوك الظاهري للفرد ليغور في أعماق اللاشعور بحثاً عن محتوياته المسببة للإضطراب النفسي.

ثم قدم فرويد فرضياته البنائية(التركيبية)، وقسم العقل إلى ثلاث قوى: الهو والأنا والأنا الأعلى، التي تتفاعل باستمرار، وغالباً ما تكون في حالة صراع. وافترض ان الهو يكون موجوداً منذ الولادة، ويحتوي على الدوافع البيولوجية البدائية، وأهمها دافع الجنس، الذي يشكل أساس البناء النفسي. وأن الهو يعمل على وفق مبدأ اللذة الذي لا يعير إهتماماً للأخلاق والعقل والواقع قدر اهتمامه بإشباع دوافعه البدائية، ثم يتكون "الأنا" لاحقاً ليقوم بالتوسط بين الهو والواقع الخارجي. ويعمل على وفق مبدأ الواقع، آخذاً بالإعتبار القيم والضوابط الإجتماعية، ويعمل على ما يجنب الشخصية من الأخطار والعقوبات. ثم ينشأ أخيراً" الأنا الأعلى" الذي يتشرب المعايير الأخلاقية للمجتمع، ويعمل على وفق مبدأ السمو، الذي يعني الارتقاء بالفرد لأن يكون إنموذجاً في أخلاقه وقيمه والتزاماته الإجتماعية. ويحدث القلق نتيجة شعور الأنا بالخطر، وقد ميز فرويد بين قلق الواقع(أي التهديد من العالم الخارجي) والقلق الإجتماعي (أي الشعور بالذنب أو الخجل الموجّه من الأنا الأعلى)، والقلق العصابي (أي الخطر القادم من دوافع الهو)..وإزاء هذه الأنواع من القلق يعمد الأنا إلى ممارسة الآليات أو الوظائف لدفاعية من قبيل: الكبت، الإسقاط، الإزاحة، التبرير، الإنكار، التكوين الضدي، النكوص والتسامي أو التصعيد.

وقد نظر فرويد إلى نمو الشخصية على انها عملية تطور نفسي- جنسي تحدث في الطفولة وتمر عبر ثلاث مراحل: تبدأ بالمرحلة الفمية فالشرجية فالقضيبيةوأن النمو قد "يتجمد" في أي من هذه المراحل من خلال التثبيت الذي يحدث بسبب قلق ناشئ إما بإشباع ضيف للدوافع أو بإشباع فائض لها. وتعد المرحلة القضيبية حرجة بشكل خاص لأن الطفل يواجه فيها عقدة أوديب. ويكتمل النمو النفسي- الجنسي بالمرحلة التناسلية.

ويعتقد فرويد أن السلوك السوي والسلوك الشاذ، كليهما يحدثان نتيجة تفاعل الهو والأنا والأنا الأعلى، ويحدث السلوك الشاذ عندما تكون هذه المكونات الثلاثة في حالة من عدم التوازن، وعندما يكون الأنا ضعيفاً وأن الصراعات التي لا يمكن حلها ينتج عنها القلق الحاد، او العصاب.أما في الحالات المتطرفة من سوء التكيف فقد يتهاوى الأنا ويحدث الذهان.

ولقد جرى توسيع وتعديل لنظريات فرويد من قبل عدد من المفكرين بينهم يونغ، أدلر، سوليفان، هوناري، هارتمان، واريكسون، عرضنا أفكارهم الأساسية بشيء من التركيز.

ومع ان هنالك تشابهاً بين المنظور النفسي- الدينامي، والمنظور الطبي، فإن النظرية النفسية- الدينامية تعد الأولى التي حاولت تفسير الإضطرابات العقلية بدلالة التاريخ الإنفعالي للفرد. وتعرضت إلى الهجوم لعدد من الأسباب بينها: النقص في الأدلة التجريبية، والإعتماد على الإستدلال، والعينات غير الممثلة، والتمييز الحضاري،ونظرتها السلبية للإنسان.

ومع ذلك فقد قدم هذا المنظور مساهمات جوهرية في فكر القرن العشرين بتركيز الإنتباه على الحياة الداخلية للفرد، والتعامل في علاج المضطرب عقلياً على انه كائن بشري، فضلاً عن ان هذه النظرية أحدثت مدى واسعاً ومتنوعاً في أساليب العلاج النفسي.

المصادر

1.Adlers,A Problems of Neurosis, New York: Harper &Row,1064.
2.Erdelyi, M. H. & Goldberg, B .Lets not sweep repression under the rug: Toward a cognitive psychology of repression. In J.F.Kihls from and F. J. Evans, eds, Functional disorders of memory. Hillsdale, N.J:Erlbaum, 1970.
3.Fisher, S,& Greenberg, R. P. The Scientific credibility of Freuds theories and therapy. New York: Basic Books, 1977.
4.Freud, S. The anatomy of personality. New York: Norton, 1933
5.Freud, S. The Problem of anxiety. New York: Norton. 1933.
6.Freud, ,S. The ego and the id (1923). London : The Hogarth Press,1947.
7.Freud,S. Three essays on sexuality (1905). London : The Hogarth Press ,1953.
8. Freud, ,S. The interpretation of dreams (1900).J. Strachey, ed. And T. New York: Wiley,1961.
9.Fromm, Erich. Greatness and Limitations of Freuds thoughts, New York: Harper and Row ,1980.
10.Hartman, H. Essays on ego psycholog . New York: International University Press ,1964.
11.Helign, R, R, & Whitbourn, K Abnormal Psycgology. Mc Graw-Hill,2003.
12.Horey , K, Our Inner conflicts, New York : Norton 1945.
13.Horey ,K. Feminine psychology. Harold Kelman,ed New York: Norton, 1967.
14.Lahey, B. B. Psychology. Mc -Graw-Hill, (2001).
15.Jung, C.G. Man and his symbols. Garden City, N.Y:Doubleday, 1964.
16.M iller, G. The magical number seven,plus or minus two: some limits of our capacity for processing information.Psychological Review, 1956, 63, 81-97.
17.Neisser, V. Cognitive psychology. Englewood Cliffs, N, Y: Prentice-Hall, 1967.
18.Norman, D . A. Memory and attention. New York: wiley,1976.
19.Sarason, I.G. Abnormal psychology. Meredith Corporation, 1972.
20.Sullivan, H, S. Clinical studies in psychiatry. New York : Norton, 1956.
21.Tulving, E, & Pearlstone, Z. Availability versus accessibility of information in memory for words. Journal of Learning and Verbal Behavior, 1966, 5. 381-391.

الفصل الخامس

المنظور السلوكي

في الأيام الأولى لنشوء علم النفس، وبعد ان أسس فيلهلم فونت مختبره التجريبي في ليبزج ظهرت المدرسة التركيبية (Structuralism) في علم النفس التي أكدت في أحد عناصرها المهمة على ملاحظة المرء لعملياته العقلية، أي الاستيطان الذاتي(Self-Introspection) وأن النفس (Psyche) في محتواها يمكن تقسيمها عن طريق الاستيطان الدقيق _كما يقوم به الملاحظ المتمكن والمتدرب) إلى عناصرها الجزئية. والقوانين التي يمكن بمقتضاها ربط هذه العناصر بعضها بالبعض الآخر من اجل تشكيل"الكل" العقلي. وأن الوصول إلى فهم هذا الكل العقلي يتطلب ضرورة فهم عناصره الجزئية وكيف تتشابك هذه"الذوات" النفسية بعضها ببعض.

وقد انتشرت طريقة الاستيطان (حيث يقوم ملاحظون متدربون بتسجيل نشاطاتهم العقلية تحت ظروف مسيطر عليها) في المانيا ومنها إلى اميركا حتى أصبحت الاتجاه السائد في علم النفس الأكاديمي، غير أن هذا الإنتشار السريع أعقبه تراجع سريع، بعد أن تأكد أن دراسة الاستيطان لموضوعات عقلية من قبيل: الإحساسات والإنفعالات والتصورات، لايمكن ملاحظتها موضوعياً، كما لا يمكن قياسها، ومن ثم تفقد مصداقيتها العلمية.

وكرد فعل لكل من المحتوى الذاتي وطريقة الاستيطان ظهر علم النفس السلوكي في العقود الأولى من القرن الماضي. وكان برنامج السلوكية في أيامها الأولى إنقاذ دراسة سلوك الإنسان من التنظير المجرد لعلم النفس الذاتي. وطبقاً للسلوكين فإن دراسة أسباب سلوك الإنسان ليست في التمعن"بالنفس Psyche"عملياته الداخلية، إنما بالنظر إلى سلوك الإنسان بأنه ظاهرة طبيعية(Natural) يمكن دراسته امبريقيا وملاحظة أسبابه التي هي مثيرات بيئية تستدعي تعزيزاً (إثابات أو عقوبات) ينتج عنها انساق من السلوك.

ولأن السلوكية أكدت الملاحظة الموضوعية والقياس، فإنها كانت صارمة فيما يتصل باختبار المفاهيم الوصفية المستعملة.إذ ترى" أن دلالة أو أهمية المفاهيم تقاس بمدى إسهامها في صياغة القوانين حول الظواهر"سبنس، 1989، ص153). وقد هدف العالم السلوكي نحو

إيجاد النظام والمعنى في ميدان علم النفس ومعرفة القوانين التي تربط ما بين مفاهيمه أو متغيراته للتمكن من ثم من الوصول إلى التفسير والتنبؤ.

وهذا يعني ان السلوكية تقف أيضاً بالضد من النظرية النفسية الدينامية التي تنظر إلى السلوك- كما رأينا في فصل سابق- على أنه شفرة (Code) أو نظام شفري(أي تمثيل رمزي لعمليات عقلية تحتية) وأن الهدف هو فك هذه الشفرة(أي الوصول إلى المحتويات اللاشعورية وتفسيرها).

غير ان الأمر يختلف بالنسبة للسلوكين. فالهدف عندهم هو السلوك بحد ذاته والمثيرات المحيطة بذلك السلوك. ليس غير، واختلفت المدرستان بالتبعية في طريقة البحث. فبينما يعتمد المنظرون التفسيون الديناميون على الاستبطان والغور خلف ماهو ملاحظ من سلوك، فإن المنظرين السلوكيين يشددون على الطريقة الأمبريقية من خلال التجريب والملاحظة والقياس، ويضعون عدداً من المبادئ منها:

1. إن السلوك مؤلف من عناصر استجابة، وإنه يمكن تحليلها بنجاح وذلك بالطرائق العلمية الطبيعية الموضوعية.
2. إن السلوك، ككل، مؤلف من إفرازات غدية، ومن محركات عضلية، قابلى من ثم، لأن تختزل إلى عمليات كيماوية- فسلجية.
3. هناك إستجابة مباشرة من نوع خاص لكل مثير مؤثر، فلكل إستجابة تنبيهها ومثيرها الخاص، والسلوك قائم على حتمية السبب- النتيجة.
4. إن العمليات اللاشعورية، إذا كانت فعلاً موجودة، لا يمكن دراستها علمياً.

(Hillix & Marx, 1973 , p . 175)

ولأن المبدأ الذي قامت عليه المدرسة السلوكية هو مبدأ (المثير- الإستجابة) فقد عرف علماء النفس الذين ينضوون تحت هذه المدرسة بعلماء نفس ال(S-R)، على الرغم من ان الاختلافات القائمة بينهم والناتجة من حقيقة كون أن المثير والإستجابة يعرفان بطرائق مختلفة من عالم نفس إلى آخر (صالح ،1984).

سوف لا نتعرض هنا إلى التوجه السلوكي في علاج السلوك الشاذ، لأننا أفردنا له فصلاً خاصاً. ولكننا سنركز في هذا الفصل على التطور النظري للمدرسة السلوكية، ومؤسسيها الأوائل، وافتراضاتها بخصوص السلوك السوي والسلوك الشاذ، والإتجاهات الحديثة فيها التي بدأت تتمازج مع إتجاهات معرفية.

-أساسيات المنظور السلوكي:

إن عملية "التعلم" بمعناها الذي يعني أن التغيير في السلوك يحدث إستجابة لتفاعل الإنسان مع بيئته، قد اعترف بها منذ زمن بعيد، ونظر إلى البيئة كمشكل(Shaper) لشخصية الإنسان، ولكن العلماء لم يتمكنوا من الكشف عن الميانزمات الفعلية للتعلم إلا حديثاً، وتحديداً في النصف الأول من القرن الماضي، الذي أرسيت فيه أساسيات المدرسة السلوكية.

ويعد ظهور علم النفس السلوكي مقروناً بأسماء علماء بارزين هم: بافلوف، واطسن، ثورنديك، وسكنر

بافلوف: المنعكسات الشرطية:

يعدّ إيفان بتروفيتش بافلوف (1849- 1936) أشهر عالم نفسي روسي، ومع أنه نال جائزة نوبل عام(1904) لأبحاثه على الجهاز الهضمي إلا أنه اشتهر لتجاربه التي أجراها على الكلاب، وخروجه من مختبراته التجريبية بنظريته في المنعكسات الشرطية، وبالذات من تجربته المعروفة التي كان فيها يدق الجرس في اللحظة التي يقدم بها الطعام للكلب، فحدث، بعد تكرارها عدة مرات. وأن الكلب يسيل لعابه بمجرد سماعه دق الجرس(في غياب الطعام). وبهذا اكتشف بافلوف الميانزم الأساسي للتعلم الذي هو المنعكس الشرطي(Conditioned Reflex) وفحواه:"إذا اقترن- أي حدث في وقت واحد- مثير محايد Natural (صوت جرس مثلاً) بمثير غير محايد(الطعام مثلاً) فإن الكائن العضوي سيستجيب للمثير المحايد كما لو يستجيب للمثير غير المحايد) وكمثال عملي للفعل المنعكس لشرطي هو ان لعابك- يسيل بمجرد سماعك لكلمة"نومي حامض" أو"طرشي"، أي أن الكلمة- وهي صيغة مجردة- أصبحت قادرة على أن تستجر الإستجابة التي يحدثها المثير الأصلي.

لقد أحدث هذا الإكتشاف ثورة حقيقية، ليس على صعيد القوانين النظرية للتعلم وإنما على صعيد التطبيق أيضاً. فبينما كان الإفتراض السائد هو ان استجابات أو ردود فعل الإنسان لبيئته نتيجة عمليات ذاتية معقدة، فإن نتائج بافلوف أثبتت بأن الكثير من إستجاباتنا السلوكية تحدث نتيجة عملية تعلم بسيطة، بعبارة أخرى أن الحب والكره، وتذوق الأشياء أو عدم تذوقها، مسائل لا تحدث بشكل غامض كما هو متصور، إنما

تحدث بفعل عملية إشراطية(Conditioning)، حيث من خلالها تصبح الأشياء المتنوعة في بيئتنا مترابطة(Linked) في عقولنا بأشياء أخرى نستجيب لها غريزياً(Instinctively) من قبيل:الطعام، الدفء، الألم.

ولقد أصبحت هذه الفكرة غير العادية- كما سنرى- المبدأ الأساس في علم النفس السلوكي.

ولم تقتصر مساهمة بافلوف على المستوى النظري للسلوكية، بل ومنهجية البحث فيها. فقد كان بافلوف واحداً من مدرسة روسية في فسلجة الأعصاب، ضمت إيفان سيشنوف(1829- 1905) وفلادمير بختريف(1857- 1927) الذين رفضوا منهج الاستبطان في علم النفس، وشددوا على التوجه التجريبي والموضوعية الصارمة، اللتين أصبحتا من أهم المبادئ التطبيقية في المدرسة السلوكية.

كما أن بافلوف ركز في بحثه الاشراطي الكلاسيكي في كيفية تطور السلوك الشاذ وسبل علاجه. فقد استطاع ان يحدث العصاب تجريبياً على كلابه في المختبر. واهتم في سنواته الأخيرة بالطب النفسي. كما أن العلاج بالنوم الذي طوره العلماء الروس وقام على أساس مبادئ بافلوف أصبحت شائعة في بعض أساليب العلاج السلوكي خارج روسيا أيضاً.

غير ان بافلوف وزملاءه لم ينظموا جهودهم النظرية والتطبيقية هذه ويعلنوها تحت اسم جديد في علم النفس، وقد تولى هذا الأمر، شاب من أمريكا.

-واطسن:مؤسس السلوكية:

إنه جون واطسن(1878- 1958) عالم النفس الأميركي، الذي ينسب إليه تأسيس الحركة السلوكية، ليس ذلك بسبب مساهماته الأساسية التي قدمها للنظرية السلوكية ، بل ولأنه أشاع الطريقة الأمبريقية، وأطلق"صيحة حرب" ضد التوجيهات الذاتية، ومناصرة ظهورمدرسة جديدة في علم النفس.

ففي مقالته التي أصبحت مشهورة:"علم النفس كما يراه السلوكي"أشار واطسن إلى موقفه بوضوح فقال:"إن علم النفس من وجهة نظر السلوكي هو علم موضوعي خالص، وفرع تجريبي من العلوم الطبيعية، الذي يحتاج قليلاً إلى الاستبطان، مثل الفيزياء والكيمياء"(Watson ، 1913 ، P، 176). بل إنه هاجم الاستبطان كطريقة في التحليل الذاتي للفكر والإنفعال، وعدّه من مخلفات النظرية اللاهوتية(Theology)، وانه ينبغي أن

لا يكون له مكان في علم النفس. وحدد بأن علم السلوك الذي يتضمن إستجابات ملاحظة قابلة للقياس لمثيرات محددةوان هدف علم النفس هو التنبؤ والسيطرة على السلوك.

ولكي يدعم واطسن رفضه للطريقة الاستبطانية، أجرى تجربته الكلاسيكية التي حاول أن يثبت فيها ان الانفعال الذاتي كالخوف- الذي يفترضه جماعة الاستبطان كحالة داخلية ذاتية- يمكن إحداثه موضوعياً بعملية إشراطية بسيطة تشبه تماماً" إستجابة سيلان اللعاب عند كلاب بافلوف، فجاء بطفل صغير (عمره أحد عشر شهراً) اسمه(البيرت) واستطاع أن يحدث لديه الخوف من الفئران تجريبياً، بعد أن كان البيرت لا يخاف منها قبل دخوله المختبر التجريبي، بل العكس، كان يحبها ويلعب معها.

بدات التجربة بأن عرض، في يومها الأول، فأراً أبيض بالقرب من البيرت. كان واطسن- ومساعده واينر- يراقب البيرت. وعندما يصل الفأر يعمد واطسن إلى ضرب قضيب معدني بمطرقة محدثاً صوتاً قوياً، وضوضاء عالية جداً. فحدث أن جفل البيرت في المرة الأولى. ولكن عندما تكررت العملية أخذت تظهر على البيرت علامات متطرفة من: الخوف، والبكاء، والإبتعاد عن الفأر. وبعد سبع محاولات من هذه العملية(إحداث الصوت مع وجود الفأر)، وصل البيرت إلى حالة كان يخاف ويبكي ويبتعد عن الفأر وحده، دون إحداث الصوت المزعج. وهكذا تأسست لدى البيرت إستجابة(أو رد فعل)خوف إشراطية قوية. ولقد أظهر البيرت فيما بعد نفس إستجابة الخوف لمجرد رؤيته لحيوانات شبيهة بالفأر:قطة، كلب.....أو لأشياء لها ملمس الفأر: سترة فيها فرو، قناع من التي يلبسها الأطفال في أعياد الميلاد.

وخلص واطسن إلى القول بأن الكثير من مخاوفنا"غير العقلانية" تتأسس بنفس الطريقة التي حدثت لألبيرت...أي: الإشراط.

-ثورنديك:قانون الأثر:

كان إدوارد لي ثورنديك من معاصري واطسن1874- 1949). وكانت تجاربه المبكرة على الحيوانات ذات أثر حاسم في تطور نظرية التعلم. وبعكس بافلوف وواطسن اللذين درسا تأثير المثيرات المؤلمة والسارة في الإستجابات اللاحقة لها، فإن ثورنديك إنشغل بتأثير هذه المثيرات على ما يترتب على السلوك من نتائج (Consequences). بمعنى، إذا تم تعريض الكائن العضوي باستمرار إلى مثير سار أو مؤلم بعد تقديمه إستجابة معينة،

فكيف سيؤثر ذلك في الإستجابة؟.

ففي إحدى تجاربه، وضع ثورندايك قطة جائعة في قفص يمكن للقطة أن تفتحه بأكثر من طريقة، قبل سحب حبل معين، أو الضغط على لوح، أو تحريك عتلة.... وعندما تنجح القطة في فتح الباب تثاب بقطعة من السمك(السلمون). وكان ثورندايك يسجل الزمن الذي تستغرقه القطة في فتح الباب في كل محاولة. فوجد أن نسق المحاولات المبكرة كان غير منتظم، ثم أخذت تنتظم تدريجياً ويقل زمنها، إلى أن وصلت في النهاية إلى أن القطة كانت تنجح في فتح باب القفص بعد وضعها به مباشرة وتحصل على الطعام.

وفي ضوء هذه التجارب صاغ ثورندايك قانوناً عدّ من اكثر القوانين النفسية في إثارته للدراسات التجريبية والنظرية هو"قانون الأثرLow of Effect"، وفحواه: إن الإستجابات التي تقود إلى نتائج سارة أو مشبعة(Satisfying) فإنها تتقوى وبالتالي تميل إلى أن تتكرر. اما الإستجابات التي تقود إلى نتائج غير سارة أو غير مشبعة (Unsatisfying) فإنها تضعف وبالتالي لا تميل إلى أن تتكرر.

وبالرغم من أن ثورندايك إستعمل طرقاً موضوعية في تجاربه، إلا أن واطسن لم يعُده سلوكياً، لأنه- أي ثورندايك- استعمل مصطلحات ذاتية من قبيل"مشبعة أو مسرّة(Satisfying) في وصفه لملاحظاته. وكانت السلوكية في أيامها الأولى ترفض أية إستنتاجات أو مفاهيم تصف حالات عقلية ذاتية، كرد فعل ضد المنهج الاستبطاني. ومع ذلك، شكل قانون الأثر مبدأ اساسياً آخر في التعلم هو: اهمية المكافأة في العملية التعلمية.

ولقد أوضح ثورندايك في كتابه"سيكولوجية التعلم- 1913" بانه بالإمكان تمييز أربعة أنماط في التعلم البشري هي:

1.تكوين الإرتباطات من النوع الحيواني.

2.تكوين الإرتباطات التي تتضمن الأفكار.

3.التحليل والتجريد.

4.التفكير الإنفعالي أو الإستدلال.

وأوضح بأن الجزء الأكبر من"معارفنا" إنما هي تكوين إرتباطات، أو سلاسل إرتباطية تتضمن الأفكار. فالكلمات التي نسمعها، ونراها، ومعانيها والأحداث وتواريخها والأشياء وخواصها والقيم والمسائل العددية(مثل5×6) مع اجوبتها، والأشخاص وسماتهم والأماكن وما

يتعلق بها ، وغير ذلك كثير. كل هذه القائمة الطويلة تشكل الروابط بين المواقف والإستجابات(ثورندايك، 1989، ص88). وأشار أيضاً إلى أن الإرضاء والإزعاج يمكن أن يرتبطا بأي موقف لدرجة أن الإنسان قد يصبح تعيساً لأشياء تجلب المسَرة كاللعب في الهواء الطلق مثلاً.

- سكنر:السيطرة على السلوك:

أغرت الاكتشافات الرائدة لكل من بافلوف وثورندايك عدداً من علماء النفس البارزين أمثال:كثري(1886- 1959) وتولمان(1896- 1961) وكلارك هل(1884- 1952)، وسكنر(1904- 1990)، وقدموا مساهمات أصيلة في تطوير نظرية التعلم. على أن اكثرهم تأثيراً- وتأثيره كان حاسماً- في المنظور السلوكي هو سكنر الذي وصفته الجمعية النفسية الأمريكية بأنه" عالم مبدع وواسع الخيال..اتصف بالموضوعية الفائقة في المسائل العلمية... وبأن قلة من علماء النفس الأمريكيين كان لهم مثل هذا العمق في التأثير على تطور علم النفس"، وانه- على حد وصف مجلة تايم الأمريكية"عالم نفس متميز، والأعظم تأثيراً من علماء النفس الأمريكيين المعاصرين"(صالح، 1983، ص96).

كانت المساهمة الكبيرة لسكنر هو انه نقى أو هذّب اكتشافات ثورندايك وحاول إثبات تطبيقاتها على الحياة اليومية، وكان سكنر- قبل واطسن – منشغلاً بالسيطرة على السلوك فوجد في قانون ثورندايك(الأثر) مبتغاه، فأعاد تسميته وأطلق عليه"مبدأ التعزيزPrinciple of Reinforcement" الذي عدّه سكنر الميكانزم الأساس للتنبؤ بسلوك الإنسان والسيطرة عليه، ويعرف التعزيز بأنه"ميل أو نزعة الفعل لأن يتكرر ويفترض حدوث ذلك لحصول الكائن العضوي على مكافأة"(McMahon ،1972 ،P ،611).أو هو الإرتباط الذي يحدث عندما تستنتج الإستجابة الإجرائية بمثير معزز" (Ryckman ،1978 ،P ،253) والمعززات الإيجابية كثيرة من قبيل، الطعام، النقود.... وقد تكون معنوية من قبيل الإبتسامة وكلمات الإطراء. وهكذا يرى سكنر أن السلوك الذي يعزز فإن احتمالات ظهوره تزداد عند التعزيز. وأن بيئتنا الإجتماعية مليئة بالمعززات التي تعمل على تشكيل سلوكنا، تماماً كما يفعل (صوت الجرس) في تشكيل سلوك الكلب في تجارب بافلوف، أو قطعة سمك (السلمون) في تجارب ثورندايك علىالقطط. وما يحصل لنا أن أسرنا وأصدقاءنا يسيطرون علينا من خلال إستحسانهم أو إستهجانهم لإستجاباتنا السلوكية،وأن الوظائف التي نمارسها تسيطر علينا بالنقود التي نتقاضاها على شكل رواتب شهرية او

أسبوعية. وبإختصار، إن كل نشاطاتنا الحياتية تتقرر أو تتحتم بارتباطاتها بنتائجها السارة او غير السارة.أي أن السلوك، من وجهة نظر سكنر، هو حصيلة نوع وكم التعزيزات التي تعرض لها الفرد. وهو يرى بأنه يمكن تشكيل(Shaping) سلوك الإنسان ، وذلك بإنتقاء وتعزيز الإستجابة التي تقارب أو تشكل جزءاً من السلوك المطلوب، وأنه يمكن تعديل أو تحرير السلوك في إتجاه محدد من خلال تعزيز إستجابات محددة.

وهكذا توصل سكنر، من ثم، إلى ما أوحت به بحوث بافلوف، من أن الكثير من سلوكنا قائم أساساً ليس على أحداث داخلية(داخل الإنسان) بل تحتمه أحداث خارجية(بيئية). ولأن هذه الأحداث خارجية- وهذه نتيجة تطبيقية- فإنه يمكن تغييرها إذا ما أردنا لسلوكنا أن يتغير. ولقد أصبح هذا- كما سنرى- مبدأ أساسياً في العلاج السلوكي في علم نفس الشواذ والإضطرابات النفسية.

-المنظرون المعرفيون الأوائل:

ركز السلوكيين الأوائل إنتباههم وعملهم حصراً بالعلاقة بين السلوك والأحداث الخارجية، وتجنبوا أي إستنتاج عقلي أو معرفي(Cognitive) لعمليات عقلية من قبيل: الإنفعال، الفكر، التوقع، والتفسير، إذ لا توجد أية إشارة في كتابات بافلوف عما يحدث في عقل الكلب بين سماعه لصوت الجرس وسيلان لعابه، كما لا يوجد أي إستنتاج في كتابات واطسن بخصوص العمليات العقلية لنفور أو خوف الطفل البيرت من الفار. وهذا لا يعني أن السلوكيين الأوائل ينكرون الأحداث المعرفية التي تتضمنها العملية التعليمية، ولكنهم نظروا إلى هذه الأحداث على أنها مجرد نواتج جانبية لأحداث خارجية- فالمهم لديهم هو الإستجابة السلوكية المتبدية القابلة للملاحظة وأن المعرفة(Cognition) ليس لها دور سببي(Causal) في التعلم. وبالتالي يمكن إهمالها.

إن هذا الموقف الذي عرف ب"المثير- الإستجابة" وإختصاراً(S-R) كان قد صادق عليه معظم منظري التعلم(1984 ، Bootzin &Acocella). غير أن آخرين تساءلوا بخصوص إستثناء أؤلئك للأحداث المعرفية. وقالوا: كيف يمكن لمجموعة من الناس يتعرضون إلى نفس المثير(مثلاً:الإعلان عن حريق شب في مسرح يشاهدون فيه عرضاً مسرحياً) فينتج عنه إستجابات مختلفة ومتنوعة، مالم يكن هناك متغير إضافي ساهم في تنوع تلك الإستجابات؟. وافترضوا أن هذا المتغير هو معرفي (Cognitive) أي أن العقل يدرك ويتمثل المثير بعمليات معرفية. وأكثر من جادل في ذلك أثنان من علماء النفس البارزين هما كلارك هل(Hull)

وكينيث سبنس(Spence)، حيث افترضا وجود خصائص معينة داخل الكائن العضوي، من قبيل: الدوافع، والأهداف، والمخاوف، تتوسط بين المثير والإستجابة بطريقة تؤثر جوهرياً في الإستجابة. وضربا المثل الآتي: لو أننا عرضنا كلباً وأمامه صحن طعام، فإن سرعة تناوله للطعام لا تعتمد فقط على وجود التنبيه او المثير(الطعام) إنما أيضاً على تدخل متغير داخلي هو مستوى الجوع لدى ذلك الكلب.

ومع أن هذا التوجه المعرفي قد أكد اهمية المتغيرات الذاتية، كالجوع فإنهم عملوا على تحديد او تعريف هذه المتغيرات موضوعياً بإخضاعها للملاحظة والقياس. فالجوع لدى الكلب يمكن قياسه موضوعياً بحساب عدد الساعات التي يبقى فيها دون طعام، ومع ذلك بقيت هذه المتغيرات الذاتية مجرد وسيط(Mediator) بين المثير والإستجابة. وظل المثير هو المتغير الأساس الذي يسيطر على الإستجابة.

غير أن علماء نفس آخرين ذهبوا خطوة أبعد، إذ ناقش إدوارد تولمان مبدأ التعزيز. وقال بأن الإنسان لا يتعلم فقط من خلال إستجابات المحاولة والخطأ ولكن من خلال إدراكه للعلاقة بين العناصر المتنوعة التي تتضمنها المهمة. وأشار تولمان(1948) إلى أن التعلم الفعال لا يحدث بالتعزيز فقط إنما بطبيعة الإستجابات التي يتعلمها الكائن العضوي من خلال عمليات التعزيز- كما يراه سكنر- يحدث بعملية ميكانيكية، فيما يراه هو يحدث بعملية إدراكية معرفية تمكن الإنسان من أن يبني عليها توقعات مستقبلية.

وهكذا توسعت السلوكية.كما انها واجهت تحدياً معرفياً من"أصدقاء" يحسبون على المدرسة السلوكية، أدى إلى نتائج مثمرة على مستوى التنظير والتجريب أيضاً.

-إفتراضات علم النفس السلوكي:

قبل أن نناقش آليات أو ميانزمات التعلم، فإنه من المفيد أن نستعرض بإيجاز شديد الإفتراضات الأساسية للسلوكية كما وضعها وطورها مؤسسوها الأوائل، الذين تحدثنا عن أهم افكارهم في الصفحات السابقة.

-دراسة السلوك:

يتحدد الإفتراض الأول للسلوكية بان مهمة علم النفس، كما صاغها واطسن هي دراسة السلوك، وتحديداً، دراسة الإستجابة التي يقدمها الكائن العضوي لمثير بيئي، سواء كان هذا المثير، بشراً أو موضوعات او اشياء أو احداثاً في البيئة الخارجية المحيطة بذلك

الكائن . ومع ذلك قد تكون هناك مثيرات داخلية(في الكائن العضوي) تستدعي منه إستجابة، مثل امتلاء المثانة وضغطها الذي يستدعي إستجابة ذهاب الفرد إلى المرافق الصحية، وان الإستجابات يمكن ان تتدرج من المنعكس البسيط(مثل فتح العينين وإغماضهما إستجابة لضوء ساطع) إلى سلسلة من الأفعال المعقدة العالية، مثل رمي الكرة، في لعبة كرة السلة ،بإتجاه الحلقة الدائرية، او إعطاء محاضرة علمية.

-الطريقة الأمبريقية:

يتعلق الإفتراض الثاني للسلوكية بمنهجية البحث، إذ يلتزم الباحث السلوكي بوجوب أن تكون المثيرات والإستجابات موضوعية. قابلة للملاحظة والقياس.... وتحويل البيانات إلى نوع من التكميم يعتمد عليه كبيئة علمية، وقد حاولت الدراسات السلوكية، منذ بافلوف، بذل عناية فائقة بقياس الإستجابات. كانت أحد الإبتكارات الأساسية في بحوث بافلوف ليس فقط ملاحظته لإستجابات الكلب، إنما أيضاً قياسه الكمي للعاب الذي يسيل من الكلب في كل إستجابة، والزمن الذي استغرقه إستجابة سيلان اللعاب بعد حدوث المثير. وأصبحت هذه المنهجية(التأكيد على الموضوعية والقياس الكمي) المفردة الأساسية في بحوث المنهج السلوكي.

-التنبؤ والسيطرة على السلوك:

والإفتراض الثالث، الذي صاغه واطسن أيضاً. يتمثل بأن هدف علم النفس هو التنبؤ والسيطرة على السلوك، وهذا يعني أن واطسن أراد أن يضع علم النفس السلوكي على خط مستقيم ومباشر مع العلوم الطبيعية التي تهدف إلى الكشف عن القوانين العامة وتطبيقاتها. وكما يستطيع عالم النبات، مثلاً، أن يتنبأ في ضوء التجارب التي أجراها، بالبيئة المناسبة لزيادة بذور أو محصول نبات معين بالسيطرة على ظروف التربة والماء والمناخ، كذلك يحاول عالم النفس السلوكي أن يتنبأ بالكيفية التي سيستجيب بها الناس عندما يكونون تحت أوضاع مختلفة من الظروف البيئية، وكيف يسيطر على تلك الإستجابات من خلال السيطرة على المثيرات البيئية التي أحدثتها.

غير أن هذا الإفتراض يمكن ان يتحقق في المختبرات التجريبية وعلى الحيوانات حصراً وصعب أن يتحقق خارج تلك المختبرات، في البيئة الواسعة المليئة بالتنبيهات المتنوعة، وعلى الإنسان بتركيباته الحياتية والعقلية والنفسية المعقدة. ومع ذلك يتمسك عالم النفس

السلوكي بموقفه المتمثل بأن إستجابات الإنسان للمثيرات البيئية المتنوعة يمكن تحديدها أو تعيينها بقوانين عامة...فعندما تتعارض إستجابة مع تكيف الفرد فإنه يمكن تغييرها من خلال تغير حاذق للمثيرات أو التنبيهات البيئة.

-اهمية التعلم:

والإفتراض الأخير للسلوكية هو: أن المفهوم(Ingredient) الأكبر في السلوك هو التعلم. وكما هو واضح فإن علم النفس السلوكي ظهر أساساً من نظرية التعلم، ولكن هذا لا يعني انهما مترادفان.فالسلوكية هي منهجية في البحث فضلاً عن أنها نظرية. ويمكن تعريف علم النفس السلوكي بانه تطبيق لنظرية التعلم.وينظر عالم النفس السلوكي إلى التعلم على انه المكون الرئيس للسلوك. وأنه لا بد من نظرية في التعلم يتم في ضوئها تفسير السلوك السوي والسلوك الشاذ.

هذه الإفتراضات الأربعة هي الدعائم التي ترتكز عليها السلوكية الكلاسيكية. وقد حاول السلوكيون المعرفيون إجراء بعض التحويرات عليها. غير أن دعوة المدرسة المعرفية لدراسة العمليات العقلية كانت بحد ذاتها ضعضعة لموقف واطسن المصر على ان يحصر عالم النفس اهتمامه بالتركيز فقط في الظاهرة القابلة للملاحظة. كما ان معظم المنظّرين المعرفيين يتساءلون الآن بخصوص توكيد السلوكية القائل بأن المثير البيئي هو الذي يسيطر على التعلم، فالذين جاءوا بعد تولمان قالوا بأن المثير البيئي يسيطر على الأداء فقط، فيما أن التعلم هو نتاج أحداث بيئية.

وبالرغم من هذه الإعتراضات فإن المنظرين المعرفيين من النسق الذي أشرنا إليه، ما زالوا يشاركون السلوكية تقليدها الأمبريقي في البحث(أي التوكيد على الملاحظة والتجريب)ويحاولون في الوقت نفسه، دراسة الأفكار (كعمليات عقلية) بموضوعية ودقة.

ويمكن القول، بشكل عام، إن الإفتراضات الأساسية للسلوكية الكلاسيكية ما تزال قائمة كمبادئ- إن لم تكن كقوانين صارمة- تهتدي بها السلوكية الحديثة.

- آليات (ميكانزمات)التعلم:
- الإشراط الاستجابي:

طبقاً للنظرية السلوكية الكلاسيكية، فإن السلوك كله ينظم في صنفين هما: السلوك الإستجابي والسلوك الإجرائي.

ويقصد بالسلوك الإستجابي(Respondent Behavior)، ذلك السلوك الذي يحدث إنعكاسياً(Reflexively)، أو اتوماتيكياً(دائماً)، كإستجابة لمثير محدد، فهو أفعال تستثار بواسطة احداث تسبق مباشرة. ويتضمن إنعكاسات هيكلية مثل (الإجفال، سحب اليد بعيداً عن موقد ساخن) وردود أفعال إنفعالية مباشرة مثل:(الغضب، الخوف، والفرح)، وإستجابات أخرى مثل(الغثيان وإفراز اللعاب).

إن هذا السلوك الإستجابي يمكن إشراطه بواسطة إجراء يطلق عليه الإشراط الإستجابي(Respondent Conditioning)، أو الإشراط الكلاسيكي(Clasical Conditioning). فسيلان اللعاب، وهو سلوك إستجابي لدى رؤية الجائع للطعام، يمكن ان ينتقل إلى مجرد رؤية ضوء احمر...وهذا يعني ان مثيراً جديداً اكتسب القدرة على إصدار الإستجابة مع بقاء فعالية المثير القديم المحدث للإستجابة. ولا تتم هذه العملية (إشراط مثير بمثير) إلا على وفق أسلوب وتوافر أربعة عناصر هي: المثير اللاشرطي (الطبيعي) مثل سيلان لعابنا لدى تناولنا النومي حامض)، والإستجابة اللاشرطية(الطبيعية).أي لأن غددنا اللعابية سليمة وتفرز اللعاب، والمثير المحايد،وهو حدث ما أو شيء ما أوخبرة لا تستدعي في بداية الأمر الإستجابة اللاشرطية، ويجب أن يقترن المثير المحايد بالمثير اللاشرطي (في مثالنا: تكرار قولنا لكلمة نومي حامض كلما تناولناه). وبعد إقتران أو إرتباط المثير المحايد بالمثير اللاشرطي، يستدعي المثير المحايد رد فعل مماثلاً للإستجابة اللاشرطية يسمى الإستجابة الشرطية في(مثالنا: يصبح مجرد قولنا: نومي حامض، تكفي لن تجعل لعابنا يسيل).

-التعميم والتمييز:

إن الجانب المهم جداً في السلوك الإستجابي هو عملية التعميم (Generalization).أي إمتداد أو إنتقال إستجابة شرطية ما إلى مثيرات أو احداث مشابهة للمثير الشرطي، وإلى جوانب الموقف الذي تم فيه إشراط الإستجابة (إشراط الطعام بصوت جرس ثم إشراط صوت الجرس برؤية ضوء...) وهو ما يصطلح عليه أيضاً بتعميم المثيراو التنبيه، وتجربة (البيرت) مثال كلاسيكي للتعميم.

فعندما اختبر (البيرت) بعد خمسة ايام من إشراط إستجابة الخوف لديه، شعر بالخوف من: أرنب أبيض، القطن الطبي، كلب ما، وقناع لبابا نويل وبعد ذلك بثلاثين يوماً(مع إجراء محاولة إشراط واحدة أخرى) ظلت مخاوف (البيرت) الجديدة المعممة كما هي دون تغير.

وقد يصل إلى الإشراط إلى درجة عليا تستطيع فيها مثيرات شرطية بديلة القيام بدور البديل للمثير الشرطي الأصلي. وتستطيع بذلك إستدعاء الإستجابة الشرطية. وهذا النوع من الإشراط(أي تعميم المثير) يفسر لنا كيف يمكن إستثارة أو ضبط السلوك الإنساني من قبل مثيرات تختلف اختلافاً كبيراً عن المثيرات الموجودة في الأصل اثناء عملية الإشراط. وما الرموز والكلمات (اللون الأحمر كرمز للخطر، وكلمة التومي حامض أو الطرشي) إلا امثلة على هذا الإشراط من درجة أعلى.

اما التمييز(Discrimination) فإنه عملية تعمل على تحديد تأثير التعميم، ففيها يتعلم الكائن العضوي التمييز بين مثيرات متشابهة وتقديم الإستجابة فقط إلى المثير المناسب منها، وكمثال على ذلك، يمكنك ان تسمع حيواناً أثناء تدريبه في تجربة نغمتين متباينتين في الذبذبة، إحداهما بتردد مقداره(800) ذبذبة في الثانية مقرونة بتقديم طعام له، والأخرى بتردد مقداره(700) ذبذبة في الثانية غير مصحوبة بتقديم طعام له، فإن الحيوان سيتعلم التمييز بالإستجابة إلى النغمة الولى(تردد800) فقط، وكف الإستجابة إلى النغمة الثانية(تردد700).

وهذا يعني – في الجانب التطبقي- أن الناس يتعلمون التمييز بين التنبيهات أو المثيرات المتشابهة، ويستجيبون للمثيرات او التنبيهات التي يحصلون منها على مكافأة.

-الإنطفاء:

يعني الإنطفاء(Extinction0أن بقاء إستجابة شرطية ما يمكن أن يضعف بصورة تدريجية كلما تكرر ظهورها إلى ان يكون احتمال حدوثها ليس أكثر منه قبل إشراطها. وتعتمد سرعة الإنطفاء على الكائن العضوي والإستجابة. والمثيرات، وعدد محاولات الإشراط، والزمن المنصرم بين تلك المحاولات، وتضعف بعض الإستجابات الشرطية بصورة بطيئة جداً. فيما تبقى إستجابات أخرى دون ضعف لعدة سنوات حتى لو لم يتم تعزيزها. وهذا يعني- في الجانب التطبيقي- أن الكائن العضوي يتوقف عن الإستجابة للمثيرات التي لم تعد قادرة على إعطاء التعزيز.

تساؤل: في ضوء المبادئ أعلاه يطرح هذا التساؤل: هل"العصاب" والمخاوف تعلمات مكتسبة؟

أجرى بافلوف ومساعدوه التجربة (الطريقة) الآتية:-

جاءوا بكلب وعلموه(أشرطوه) ان يسيل لعابه عندما يرى دائرة معينة ولا يسيل لعابه عندما يرى شكلاً بيضوياً. ثم أحدثوا تغيراً تدريجياً في الشكل البيضوي بحيث يبدو أشبه ما يكون بالدائرة. وعندما أصبح التمييز بينهما أكثر صعوبة أخذ الكلب يطلق صرخات طويلة حادة وأخذ ينبح إلى ان انهار..أي انه أصيب بالعصاب. وتوحي هذه النتيجة بان الإنسان قد يتعرض إلى نفس المصير أي(العصاب) عندما يسيطر عليه القلق الشديد بسبب ضعف قدرته على التمييز بين المثيرات(أيهما يكافأ عليه وأيهما لا يكافأ)، وعندما تنعدم عنده التوقعات، فلا يعرف ماذا يعمل، وماذا سيحصل له. ويمكن أن نقرر- تأسيساً على نظرية واطسن- أن الخوف المرضي(الفوبيا) ما هوإلا إشراط عصابي، يمكن اكتسابه وتعليمه، وأن المواقف التي يظهر الناس فيها الخواف بدرجات أقل هي مواقف يتعلمونها بطرائق متشابهة. وتأسيساً على بافلوف وواطسن يكون السلوك الشاذ أو غير المرغوب فيه(الإدمان على المسكرات، التدخين، الإفراط في الأكل، الإنحرافات الجنسية....)هي تعلمات مكتسبة. وتأسيساً على تجربة بافلوف، فإن الإنسان أيضاً- وليس الكلب فقط- يمكن ان يصاب بالعصاب إذا انعدمت لديه التوقعات!.

-الإشراط الإجرائي:

يرى سكنر ان التعلم الشرطي الكلاسيكي لبافلوف (الإشراط الإستجابي) لا يمثل سوى القسم الأصغر من التعلم، اما القسم الأكبر منه فينضوي تحت إنموذج آخر هو التعلم الإجرائي (أو الإشراط الإجرائي Operant Conditioning)، الذي يتدرج في تعقيده من الأفعال البسيطة من نقرة أو ضغطة سريعة على زر مصعد كهربائي، إلى سلسلة من أفعال مثل بناء عمارة.

وإذا أردنا تحديد التعلم الإجرائي بتعريف فهو"إشراط وسيلي Instrumental يقدم أو يظهر فيه الكائن العضوي إستجابة متعلمة في إنعدام أي وجود مثير صريح محدد"(591، P، 1973، Hillix&Marx). فلا يشترط في هذا التعلم وجود مثير او تنبيه إنما يحصل الإشراط او التعلم من السلوك الفعلي للكائن الحي- من إجراءاته- ولهذا أطلق سكنر إنموذج"إشراط المثير Type-S" على الإشراط الإستجابي لبافلوف- حيث يتم فيه إشراط المثير ليقترن بالإستجابة في ظل ظروف تعزيزية فيكون للتنبيه وظيفة إستدعاء الإستجابة،

وفيما أطلق على الإشراط الإجرائي:"أنموذج الإستجابةType-R " حيث تكون المثيرات فيه- إذا كانت قابلة للتحديد أصلاً- فهي غير ذي علاقة في وصف وفهم السلوك الإجرائي وتكون الإستجابة هنا متبدية غير مستجرّة بمثير أو تنبيه.

وهذا يعني ان الكائن العضوي يستجيب- في الإشراط الإستجابي- إلى مثير، فيما يقوم بإجراءات في البيئة- في الإشراط الإجرائي- للوصول إلى نتيجة مرغوب فيها. كما أن الكائن العضوي يتعلم- في الإشراط الإجرائي- أن يربط نتائج معينة بأفعال معينة قام بها. فإذا كانت النتائج مرغوباً فيها فإنه سوف يعيد تلك الأفعال،أما إذا كانت غير مرغوب فيها فإنه سوف يتجنب إعادتها. وواضح أن هذا هو قانون الأثر لثورندايك. ويذكرنا بتجربته على القطة. حيث توصلت إلى فتح باب الصندوق بضغط عتلة معينة والحصول على المكافأة. ولكن إذا أدى ضغط العتلة إلى صدمة كهربائية ، فإن القطة ستتعلم- بنفس العملية الإشراطية- أن تربط بين مثير يسبب الألم وبين ضغط العتلة ، وبالتالي ستتجنب الضغط عليها.

وفي مجرى الحياة البشرية فإن الإشراط الإجرائي يحدث في كل يوم؛ فالأطفال يتعلمون فتح الأبواب لأنها تسمح لهم بدخول الغرف التي يرغبون بالدخول إليها. ويتعلمون أيضاً تجنب فتح باب فرن حار لأنه يحرق أصابعهم. وفي المدرسة يتعلمون أن يدخلوا الصف قبل دخول المعلم ليتجنبوا إثارة عدم ارتياحه وعندما يكبرون يتعلمون أن ينهضوا مبكرين ليعملوا ، لأن العمل يقود إلى الحصول على النقود ، لأن النقود تساعد الكبار على شراء الأشياء التي يحتاجونها ويرغبونها.

-الإشراط الإجرائي مقابل الإشراط الإستجابي:-

إننا نتعلم من خلال هذين النوعين من الإشراط ، نوعان مختلفان من مكونات السلوك كل نوع منهما يكون متمماً للآخر. فمن خلال الإشراط الإستجابي نتعلم سنة بعد أخرى الربط بين مثيرات كانت محايدة ، ومثيرات سارة أو غير سارة ، فنكتسب من خلال الربط قيمنا ، وأفكارنا بخصوص ما نحب، وما نكره.

وفي الإشراط الإجرائي نتعلم من خلاله سنة بعد اخرى مختلف الأفعال التي نحصل منها على مكافأة(إثابة) أو عقوبة. فنكتسب من خلالها مهاراتنا وطرائقنا في الحصول على مانحب ونتجنب ما لانحب، فتعلمنا المشي الكلام، الكتابة، الرسم، ركوب الدراجة ،

العزف على آلة موسيقية ، ولعب كرة القدم... تحدث من خلال الإستجابات الإجرائية. غير أن سبب اهتمامنا في السيطرة عليها ورغبتنا في تطويرها يحدث من خلال الإشراط الإستجابي.

وعليك أن تتمعن ما يحصل لو أن أحد هذين النوعين من الإشراط (الاستجابي أو الإجرائي) كان موجوداً والآخر غير موجود ، وهذه أفضل طريقة للتميز بين هذه النوعين من التعلم. فتأمل لو ان سلوك الناس كان بأكمله من النوع الإستجابي فإنهم سيكونون حساسين جداً. ولكنهم سيكونون عاجزين.

وبالمقابل: لو أن إستجابات الناس كانت كلها من النوع الإجرائي(أي، إشراط سلوكهم إجرائياً فقط). فإنهم سيكونون آليين(شبيهون بالربوت) من دون رغبات او دافعية.

وبطبيعة الحال، يغدو من الصعب تصور الكيفية التي يمتزج بها هذان النوعان من التعلم في السلوك البشري، حيث يزودنا أحدهما بمتع الحياة وتوابلها -المرح، الرعب... فيما يزودنا الآخر بطرائق إنغمارنا في هذه الحياة.

-التعزيز:

يعرّف التعزيز(Reinforcement) بأنه" ميل أو نزعة الفعل لأن يتكرر ويفترض حدوث ذلك لحصول الكائن العضوي على مكافأة "Mcmahon)، 611)، p، 1972، أو هو"أية عملية تدعم أو تقوي الإستجابة، ويفترض- بشكل عام- أنها تشمل أكثر من مجرد اقتران العناصر المثيرة بالإستجابة" Marx &)(604، P، Hillix. فيما يعرفه سكنر بأنه" السلوك الذي يعزز فإن احتمالات ظهوره تزداد عند التعزيز"(21، P، 1938، Skinner). ويقصد به إكفاء دافع أولي أو ثانوي بيولوجي أو نفسي، وطبقاً للسلوكية الكلاسيكية فإن كل السلوك يتم تعلمه بالتعزيز.

ويرى سكنر أن العالم الذي نعيش فيه مليء بالمعززات الإيجابية والسلبية من قبيل: الطعام، النقود..والناس الذين يمتعوننا والناس الذين يزعجوننا.

إن ابسط انموذج للمعزّز هو المعزز الأولي(Primary Reinforcer)، حيث نستجيب له غريزياً من دون تعلم. ومثال على النوع الإيجابي منه: الطعام ، الماء، الدفء، والجنس فيما يتضمن النوع السلبي منه التجنب الأتوماتيكي للتنبيهات أو المثيرات المزعجة مثل: الضوء الساطع جداً، الحر أو البرد الشديد والصدمة الكهربائية.

غير أن معظم المعززات التي نستجيب لها ليست من نوع المعززات الأولية، إنما من نوع آخر هو المعززات الشرطية(Reinforcers Conditioned)، وتسمى أيضاً المعززات(Secondary Reinforcers). الوليد حيث من خلالها نتعلم الإستجابة للمثيرات بربطها مع المعززات الأولية، فعلى سبيل المثال: لا يضع الطفل الوليد اية قيمة لإستحسان والديه لهولكن عن طريق ارضاعه وحمله يتعلم الربط بين هذه المعززات الأولية وبين إستحسانهما له.

-نماذج التعزيز:

يعمل التعزيز في السلوك بأربع طرائق اساسية. ففي طريقة التعزيز الإيجابي(Positive Reinforcement) تكون الإستجابة متبوعة بمعزز إيجابي فيؤدي ذلك إلى زيادة تكرار الإستجابة، أفترض أن طفلة صغيرة قامت بترتيب فراش نومها بشكل جيد للمرة الأولى، ورأتها أمها فكافأتها بأن قالت لها: "شاطرة، حبابة" واعطتها قطعة شوكلاته. فإذا قامت الطفلة لاحقاً بمحاولات لترتيب فراش نومها عندها نقول بأن التعزيز الإيجابي قد حدث، حيث عمل إستحسان الأم وقولها لطفلتها"شاطرة، حبابة" كمعزز إيجابي شرطي، فيما عملت قطعة الحلوى ممن الشوكلاتة كمعزز إيجابي أولي(Primary).

إنه لمن المهم ملاحظة أن التعزيز الإيجابي، مصحوباً بالأنواع الأخرى من التعزيزات، يحدث فقط عندما يكون بإستطاعة المثيرالمعني ان يغير فعلاً في تكرار الإستجابة. فالتعزيز يعرّف بالأفعال (Works). أما المعززات (Reinforcers) فإنها تعرّف بتاثيرها في السلوك. فإذا لم يدفع إستحسان الأم والشوكلاتة تلك الطفلة على أن تقوم بترتيب فراش نومها في محاولات لاحقة، فهذا يعني أنهما(الإستحسان والشكولاتة) لم يعملا كمعززين إيجابيين، وبالتالي فإن التعزيز الإيجابي لم يحدث.

والأنموذج الثاني من التعزيز الذي يعمل على زيادة تكرار السلوك هو التعزيز السلبي(Negative Reinforcement). وما يحصل في هذه الحالة أن ما يحث على الإستجابة هو ليس وجود مثير سار، إنما إزالة أو تجنب مثير منفر (Aversive) (والتعزيز السلبي هنا يجب أن لا يتداخل بالعقوبة، أي قمع إستجابة من خلال وجود مثير منفر، حيث سنناقشها لاحقاً).

ولفهم التعزيز السلبي لنتصور طالباً فشل في دراسته بإمتحان في مادة اللغة الإنكليزية، فحصل نتيجة ذلك على(أربعين من مائة). وهذا يسمى (معزز سلبي شرطي). فإذا ما درس للإمتحان القادم واستطاع بذلك أن يتجنب تعريض نفسه إلى ذلك المثير المنفر(الرسوب) فإن إستجابة الدراسة للإمتحانات، ربما سوف تزداد لديه لأنه جرى تعزيزه فشعر الطالب بالإرتياح من تجنبه الفشل. وهذه العملية، التي يطلق عليها أيضاً التعلم التجنبي (Avoidance Learning)، تعلمنا أنواعاً مفيدة جداً من السلوك، كالمثال الذي ذكرناه قبل قليل. فضلاً عن ذلك فإن السلوكيين يرون أن هذه العملية قد تكون مسؤولة أيضاً عن الكثير من أنماط السلوك الشاذ. على سبيل المثال، أن الطفل الذي عضه كلب قد يصل إلى حالة أنه عندما يرى كلباً في طرف الشارع، فإنه يركض مبتعداً إلى الطرف الآخر من الشارع،.... وأنه أينما يرى كلباً يولي وجهه منه هارباً. إن هذه الإستجابة ستؤدي إلى خفض الخوف لدى الطفل، وستعزز عنده إستجابة الهرب. وينتج عنها بالتالي الخوف الفزع من الكلب، هو تعريض الطفل لإتصال مباشر أو تماس مع الكلاب. ولكن بما أن الطفل قد تجنب الكلاب كلها، فإنه لا توجد لديه فرصة لأن يعرض نفسه إلى إتصال أو تماس مباشر مع الكلاب.

وبينما يعمل كل من التعزيز الإيجابي والسلبي في التأثير في حث الإستجابة، فإن الأنموذجين الآخرين من التعزيز، وهما: الإنطفاء والعقاب يعملان على حذف أو قمع الإستجابات.

يتضمن الإنطفاء(Extinction) إزالة إستجابة، مهما كانت إدامة التعزيز لها، بحيث يؤدي بالتالي إلى تلاشي الإستجابة تدريجياً. فلو أن ثورندايك بعد تعليمه الضغط على العتلة لا يؤدي إلى فتح الباب، فإن القطة ستتوقف عن ضغط العتلة بعد عدد من المحاولات الفاشلة.

أما العقاب(Punishment)، وهو الإنموذج الأخير، فإن الإستجابة فيه تكون متبوعة بمثير منفر، أو بإهمال أو إنهاء أو حذف المثير الإيجابي، فينجم عنها تناقص في تكرار الإستجابة. فإذا كان ضغط القطة على العتلة، في المثال السابق يؤدي إلى حدوث صدمة كهربائية، فإن الأمر سينتهي إلى إبتعاد القطة عن ضغط العتلة.

وثمة ملاحظة هي أن"المفعول به"- في الإستخدام الفني- الفعلي يعزز(Reinorce) ويعاقب(Punish) هو الإستجابات وليس الكائنات العضوية، وهكذا فمن المناسب القول:

بتعزيز نقر الحمام للمفتاح وليس بتعزيز الحمام، ومعاقبة رفع الفأر للرافعة وليس معاقبة الفأر. وقولنا: إن سحب الفرد للسلسلة قد تعزز بسبب وجود الطعام، أفضل من قولنا: إن الفرد قد تعزز بسبب وجود الطعام.

لهذه الأسباب، يعرف التعزيز بتأثيره الذي يحدثه من حيث تغيير تكرار الإستجابة أكثر مما يبدو بأنه ذو قيمة إيجابية أو سلبية للمثيرات.

-التشكيل:

يعرّف التشكيل(Shaping) بانه تكنيك يستعمل- مع الأطفال بشكل خاص- لإنتاج النمط السلوكي المطلوب وذلك بإنتقاء وتعزيز الإستجابة التي تقارب أو تشكل جزءاً من ذلك السلوك المطلوب. ويعني في نظرية الإشراط الإجرائي لسكنر" تعديل وتحويرالسلوك في إتجاه محدد من خلال تعزيز إستجابات محددة" (558، P، 1980، Pervin). ويعّد التشكيل عملية مهمة بشكل خاص في التعلم، حيث فيها تعزيز الإستجابة المرغوب فيها من خلال التقريب المتتالي أو التتابعي(Approximations Successive). ويتم ذلك بأن يعزز المدرّب او المعلم، او المعالج النفسي...إستجابة محددة مرغوب فيها من بين إستجابات كثيرة، تكون عادة في البداية ضعيفة أو باهتة، ثم يكون إنتقائياً أكثر بأن يعزز فقط ذلك النوع من الإستجابة الذي يقترب أكثر من الهدف، وعندما يرسخ هذا السلوك جيدالّ، يصبح المدرب أكثر طلباً للخطوات التالية، وتستمر العملية إلى أن يتم الوصول إلى الهدف النهائي، ويمكنك أن تعّد تعلم الأطفال للمشي مثالاً على التكيل، حيث يقوم الوالدان(على طريقتهما الخاصة) بتعزيز الحركات او الوقوف الصحيح التي تؤدي إلى تعلم المشي. وتعّد عملية التشكيل مهمة جداً في تطور الكثير من مهاراتنا وبخاصة في مرحلة الطفولة.

-الإشراط والسلوك الشاذ:

تطرقنا في الصفحات السابقة من هذا الفصل إلى المبادئ الأساسية لكل من الإشراط الكلاسيكي(الإستجابي) والإجرائي. وسنحاول الآن أن نوجز باختصار الإنموذج الإشراطي للسلوك الشاذ أو المختلف عن سلوك الآخرين.

إذا قارنا المنظور السلوكي بالمنظورين الحياتي، الطبي، والنفسي، الديناميي، فإن الإنموذج الإشراطي يتظر إلى البيئة الخارجية على أنها العامل الرئيس في السلوك المضطرب، وعلى وفق هذا المنظور فإن الشذوذ أو الإنحراف أو التباين في السلوك لا يعني ان صاحبه

شخص مريض أو سقيم أو مصاب بعلة، ولا هو بشخص مسيطر عليه من دوافع لاشعورية، إنما هو ببساطة شخص كان قد تعرض في تاريخه السلوكية إلى إستجابات إشراطية تختلف عن الأنساق أو المعايير الإجتماعية. فالعالم السلوكي ينظر إلى السلوك الشاذ والإضطرابات النفسية على أنها أساساً ناتجة من تعلمات غير مناسبة، وبما أن التعلم بأكمله يرجع أساساً إلى مدخلات(Input) بيئية، فإنه يترتب على ذلك ان تكون البيئة هي المسؤولة عن ظهور أنماط من السلوك الشاذ. وأن علينا ان نركز عليها في علاج السلوك الشاذ، فالأنماط السلوكية المعادية للمجتمع أو السلوك الإجرامي ناتج أساساً من تعزيز مبكر للسلوك العدواني أثناء مرحلتي الطفولة والمراهقة. وبالمثل، فإن السمنة أيضاً ينظر لها على أنها نتيجة عادات تعلمية غير مناسبة تشكلت(Shaped) لدى الفرد من تعزيزات حصل عليها من والديه أو أقرانه. وينظر السلوكيون إلى الإنحراف الجنسي على أنه يتضمن إشراطات إستجابية وإجرائية، وانه يحدث على وفق مبادئ هذين النوعين من التعلم الكلاسيكي والإجرائي، فالشخص المصاب"بالفتشية"(Fetishism) – في حالة الرجل، لمسه أو شمه لأداة أو شيء وبخاصة الملابس الداخلية – تعود للمرأة. وربما يعود سبب إصابته بها من خلال الإشراط الإستجابي(الكلاسيكي). فالشاب المراهق قد يمارس الإستمناء ويحصل على اللذة الجنسية من شمه أو لمسه لشيء أو قطعة ملابس نسائية، فيحصل لديه نوع من الإشراط يكون فيه غير قادر على الفعل الجنسي إلا من خلال الإستثارة الجنسية بشيء أو قطعة ملابس تعود لأنثى.

إن هذه الأمثلة القليلة- وسنأتي على ذكر امثلة كثيرة في فصول أخرى توضح أن التوجه ا لسلوكي ينظر إلى أن السلوك الشاذ يحدث بنفس الطريقة التي يحدث بها السلوك السوي. فكلا النوعين من السلوك السوي والسلوك الشاذ، الإشراطين الإستجابي والإجرائي، وان الفرق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ، هو أن الأول يكون مسايراً للقيم والمعايير الإجتماعية. فيما يكون الثاني مختلفاً عنها.

وهناك نقطة أخرى هي ان السلوكيين يتجنبون في الغالب إستعمال مصطلح "سوي او عادي Normal" ومصطلح "شاذAbnormal" لأنهما يتضمنان. من وجهة نظرهم- تمييزاً بين شيء " صحيHealthy" وشيء "مريض Sick". ويفضلون النظر إلى سلوك الإنسان على أنه مدى متصل (Continuum) من الإستجابات قائمة على مبادئ تعلمية واحدة، تقع في إحدى

نهائية إستجابات تسبب صعوبات للناس من ان يعيشوا حياتهم بنجاح. وأن هذه الإستجابات التي يعدها المجتمع شاذة او منحرفة لا تختلف من حيث اسس أو مبادئ تكوينها عن أفضل الإستجابات تكيفاً ، كما يرى ذلك السلوكيون، فالإلحاح الذي لا يقاوم ويجبر الفرد على غسل يديه كل ساعة، يكتسب بنفس الطريقة التي بها يغسل الاخرون أيديهم بشكل طبيعي. وعادة التحدث مع أشخاص وهميين يتم تعلمها بنفس وسائل عادةالتحدث مع اشخاص حقيقين، ولهذا يفضل السلوكيون تشخيص هذه العادات على انها"سوء تكيفMaladaptive" بدلاً من وصفها "بالشذوذAbnormal". وما يحتاج إليه عالم النفس السلوكي هو ليس تصنيف الناس في فئات تشخيصية، إنما تحديد أو توصيف السلوك غير المتكيف بكل وضوح ممكن، وما المثيرات التي تحدثه، وتعمل على إدامته، وكيف يمكن إعادة ترتيب هذه المثيرات من اجل تغييرها(Ullman، 1975 Krasner، Qleary، Wilson 1980).

وبتطبيق هذا النوع من التحليل على الأنواع المختلفة من الشذوذ النفسي، فإن السلوكيين لا يدعون بان كل هذه الأنواع هي نتيجة التعلم بمفرده، إن التعلم ربما يكون العامل الأكثر إسهاماً، وانه مهما يكن ا لسبب فإن إعادة التعلم قد تساعد على تغيير السلوك، فعلى سبيل المثال، لا يمكن أن يدعي أحد بأن سبب التخلف العقلي هو تعلم خاطئ، ومع ذلك فإن المعالجين السلوكيين قد ساعدوا فعلاً الكثير من المتخلفين عقلياً(Boottin، Acocella، 1984).

نماذج من السلوك غير المتكيف:

هنالك أربعة أنواع سلوكية من سوء التكيف يركز عليها السلوكيون هي: العجز في السلوك، تسارع في السلوك، سيطرة مثير غير مناسب، وانظمة تعزيزية غير ملائمة.

في النوع الأول منها: عجز السلوك(Behavior Deficit) يحدث إنخفاض في تكرار سلوك معين بالمقارنة مع ماهو متوقع في ذلك المجتمع ، يؤدي إلى ضعف في المهارات العملية والذهنية والإجتماعية للفرد. وامثلة على ذلك"عدم رغبة الطالب في الإجابة عن الأسئلة داخل الصف، وعدم قدرة الزوج على ا لمباشرة الجنسية مع زوجته، وإذا كان بعض الأطفال يفشلون في إكتساب عادات تدريب مناسبة على المرافق الصحية، أو الكلام، أو القدرة على الإنشغال بألعاب تعاونية، فإن بعض الكبار أيضاً يميلون إلى الإنسحاب بشكل تام،

وتجنب التفاعل الإجتماعي، ويطلق على جميع هذه الأنواع: العجز في السلوك، ويكون هدف المعالج النفسي هو العمل على زيادة تكرارها.

فيما يكون النوع الثاني: تسارع السلوك(Behavior Excees)عكس النوع الأول تماماً، حيث يحصل في هذا النوع زيادة عالية في تكرار السلوك بالمقارنة مع المعايير السائدة في المجتمع عن ذلك السلوك. وأمثلة على ذلك: المرأة التي تتحدث إلى نفسها بصوت عالٍ، الطفل النشط جداً الذي لا يستطيع الجلوس مستقراً في الصف، ويكون في حالة استثارة عالية، والرجل الذي قبل أن يذهب إلى فراش نومه يتأكد عشرين مرة من أن أبواب البيت مقفلة. وفي هذه الحالة يكون هدف المعالج السلوكي هو خفض تكرارهذه الأنواع من السلوك.

أما النوع الثالث: سيطرة المثير غير المناسب (Inappropriate Stimulus) فيحصل عند إضطراب العلاقة بين المثير والإستجابة، كأن تحصل الإستجابة دون وجود أي مثير مناسب، أو ان المثير يفشل في إستدعاء الإستجابة المناسبة. وأمثلة النوعين السابقين يمكن ان تتضمن الرجل الذي يفسر الأحاديث التي تدور بين مجموعة من الأشخاص على انها مؤامرة تحاك ضد حياته. أو المرأة التي تسمع أصواتاً أو ترى أشياءً غير موجودة فعلياً. ففي كلتا الحالتين فإن الفرد يفشل طبقاً للسلوكيين، في التمييز بصورة صحيحة بين المثيرات الخارجية والداخلية، وفي مثل هذه الحالات يكون هدف المعالج السلوكي هو تأسيس تمييز مناسب.

أما النوع الرابع والأخير: الأنظمة التعزيزية غير المناسبة(Inadequate Reinforcing Systems)، فإنه ينظر إلى بعض أنواع سوء التكيف في السلوك على ان الفرد يمتلك نظاماً تعزيزياً مختلفاً عن الإنسان العادي في مجتمعه. ويمكن ان يكون السلوك الجنسي السادي أو المازوشي مثالين على ذلك، عندما يرى السادي الآخرين يتعذبون ويحصل على تعزيز إيجابي، وعندما يحصل المازوشي على تعزيز إيجابي من إيقاع الألم عليه. ويكون هدف المعالج السلوكي في مثل هذه الحالات، هو تعطيل نشاط المعززات غير الملائمة، وإشراط الفرد لأن يستجيب إلى معززات جديدة ملائمة.

السلوكية المعرفية:

تمخضت السلوكية التقليدية عن ظهور توجه جديد من المنظرين المعرفيين أكد بعضهم ضرورة أخذ الأحداث العقلية بالإعتبار بوصفها عوامل وسيطة (Mediators) بين المثيرات والإستجابات، فيما ذهب آخرون منهم أبعد من ذلك، مدعين أن التعلم بحد ذاته هو

حدث عقلي. ولقد تطور هذا الإتجاه عبر السنين وعرف بالسلوكية المعرفية (Cognitive Behaviorism). والإدعاء الرئيس الذي ينادي به هذا التوجه(بعضهم يطلق عليه مدرسة) هو ان المعرفة أو العمليات العقلية (Cognition) تؤثر في السلوك بصورة مستقلة عن المثيرات. بمعنى أن افعال الناس هي ليست مجرد إستجابات لمثيرات خارجية، إنما تتأثر بالعمليات العقلية للفرد التي تمر بها تلك المثيرات.

وبالرغم من ان هؤلاء المنظرين يقرون بأن الأحداث المعرفية أو المدركات العقلية لايمكن ملاحظتها بصورة موضوعية. فإنهم يرون بأن على علم النفس السلوكي دراستها. وقد مر بنا كيف انهم إستبدلوا المصطلحات غير القابلة للقياس (مثل الجوع) بمصطلحات قابلة للقياس(مثل عدد ساعات الحرمان من الطعام).

ويرى ميشيل(Mischel) (1973- 1979) أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك بخمسة أنواع أساسية، تساعد في تحديد إستجابات الفرد لكل مثير محدد:

1. الكفاءة: يمتلك كل واحد منا مجموعة أو منظومة منفردة من المهارات، إكتسبها خلال تاريخه التعلمي في تامله مع المواقف المختلفة. فالشخص الماهر جداً في السياقة يختلف في إستجابته عن الشخص المتوسط المهارة عندما يتعرضان إلى موقف يتطلب شيئاً من المجازفة.
2. الترميز: يمتلك كل واحد منا طريقة خاصة في إدراك الخبرة وتصنيفها. وتختلف في ترميزها لأحداث معينة وفي إضفاء المعاني عليها. فالأب المحافظ جداً يختلف عن الأب المنفتح في تعامله مع إبنته عندما يعثر على رسالة عاطفية في حقيبتها.
3. التوقعات: يكتسب كل واحد، من خلال التعلم، أشكالاً مختلفة من التوقعات، بخصوص ما إذا كانت الأحداث تميل لأن تقود إلى مكافآت أو إثابات. ويكون إنشغالنا بالأحداث او الأشياء مرتبطاً بطبيعة توقعاتنا لما يترتب عليه من نتائج.
4. القيم: وكنتيجة للتعلم فإن كل واحد منا يضفي قيماً مختلفة على المثيرات المختلفة. فالطالب المتخرج في قسم علم النفس قد يبقى جالساً بهدوء في الحافلة ويمضي في قراءة مجلة او كتاب، غير متأثر بوجود شخص إلى جانبه يتحدث بصوتٍ عالٍ. فيما قد يثير هذا الرجل مزاج طالب متخرج في قسم الرياضيات، مثلاً، فيضجر أو يخاف منه ويغادر إلى مقعد آخر.

5.الخطط: كما إننا نطور من خلال التعلم خططاً واهدافاً توجه سلوكنا ، فتوافر فرصة متشابهة(مبلغ من المال مثلاً) أما شخصين تقود إلى أسلوبين مختلفين في طبيعة إستثمارها بحكم إختلافهما في الخطط والأهداف.

ولقد نظر عالم نفس سلوكي آخر بارز هو باندورا(1977- 1982) إلى السلوك بانه حالة منظمة بعملياتها المعرفية، وركز في نمط واحد منها فقط هو التوقعات، وميز بين نوعين منها:

أ.محصلة التوقعات، أي التوقع بأن سلوكاً معيناً سيقود إلى نتيجة معينة.

ب.فعالية التوقعات، أي التوقع بأن الشخص سيكون قادراً على تنفيذ ذلك السلوك بنجاح.

ويرى باندورا بأن فعالية أو قوة تأثير التوقعات هي المحددات الأساسية في سلوك المسايرة، وانها بالمقابل تتحدد أساساً بالتغذية الراجعة للأداء من خبرة سابقة، فتصور، على سبيل المثال، رجلاً (أو امرأة) يخاف من ركوب الطائرة، وحصل على وظيفة مغرية في مدينة بعيدة، وتطلب الأمر أن يركب الطائرة ليضمن حصوله على الوظيفة، إن محصلة أو نتيجة التوقع في هذه الحالة هو إحتمالية عالية ان يأخذ الطائرة. أما فعالية التوقع فهي، إلى أي مدى يكون ذلك الرجل(أو المرأة) قادراً على السيطرة على قلقه ومخاوفه أثناء ركوبه الطائرة. وتتوقف الثقة هنا، بالمقابل على الكيفية التي كان قد عالج بها ذلك الرجل مواقف سابقة مثيرة للقلق، أي التغذية الراجعة لأداء من خبرة سابقة.

إن هذه الأمثلة توضح الإختلاف بين السلوكيين الكلاسيكيين وبين السلوكيين المعرفيين في نظرتهم للوجود الإنساني. فعلى وفق وجهة النظر الكلاسيكية هناك شيئان موجودان: البيئة والسلوك، والثاني يستجيب للأول بصورة سلبية نسبياً. فإذا كان الرجل- في مثالنا السابق- قد حصل على تعزيز من رحلات سفر مشابهة في السابق، فإنه سيقوم بالسفر إلى تلك المدينة للحصول على الوظيفة. أما وجهة النظر المعرفية فترى ان العقل يتدخل بين ا لبيئة والسلوك، وأن متغيرات معقّدة تتفاعل فيما بينها من قبيل: الرغبات، الأهداف، تقدير الذات، ...وما إلى ذلك، يؤثر بعضها في البعض الآخر، وفي السلوك بأكمله. وهكذا تفتقر السلوكية المعرفية إلى البساطة التي تتميز بها النظرية التقليدية في (المثير- الإستجابة) غير أنها تطرح وجهة نظر أكثر غنى وتعقيداً للحياة البشرية.

-الأحداث المعرفية والسلوك الشاذ:

للسلوكية المعرفية تطبيقات عديدة في علم النفس الشواذ، فكما مرَّ بنا سابقاً، فإن وجهة نظر السلوكية الكلاسيكية ترى ان السلوك الشاذ ناتج عن إختلافات في التعلم لأنماط من التعزيز غير المناسب ينتج عنه انماط من إستجابات غير مناسبة(إستجابات سوء تكيف او سلوك شاذ). وفضلاً عن أنهم ينظرون إلى المعززات الخارجية على انها السبب في السلوك الشاذ(ويركزون عليها في العلاج بالتنبيه) فإنهم ينظرون أيضاً إلى المعززات الداخلية ولا يغفلون دورها أو يتجاهلونه كما يفعل السلوكيون التقليديون.

وطبقاً للمدرسة المعرفية ، فإن الكثير من انواع السلوك الشاذ يمكن تلمس آثارها باشياء قالها الفرد نفسه، إستحساناً أو إستهجاناً، بخصوص تفاعله مع البيئة. فإذا رمى طفل طفلاً آخر بحجر قائلاً لنفسه:"ساريه من هو البطل" فإنه يعزز نفسه بالسلوك العدواني، الذي قد ينتهي به إلى مشكلات نفسية خطيرة عندما يصبح راشداً. وبالمثل فإن الطفلة التي مرَّ عيد ميلادها دون أن يهتم به أحد من صديقاتها، قد تقول لنفسها:"لم يعد يتذكرني أحد، لم يعد يهتم بي أحد، لقد أصبحت لا شيء". فإن ذلك قد يضعها على بداية الإحساس بمشاعر الإكتئاب. وهذا يعني أن تفسيراتنا التي نضفيها على سلوكنا وسلوك الآخرين نحونا يمكن أن يشكل مكافاة ذاتية(Self-Rewarding)، أو عقوبة ذاتية(Self-Punishing). ولإننا إذا كافأنا أو عاقبنا ذواتنا بشكل غير مناسب، فإن النتيجة ربما تكون سلوكاً منحرفاً.

إن التوكيد على التعزيز الذاتي(Self- Reinforcement) جرى تضمينه في إستراتيجيات العلاج المعرفي. فبينما يعالج المعالجون السلوكيون التقليديون السلوك الشاذ بتكيف أحداثه الخارجية وجعلها مناسبة، فإن المعالجين السلوكيين المعرفيين يركزون في تكييف الأحداث الداخلية، بأن يجعلوا الطفلة، في مثالنا السابق، تقول لنفسها" لقد نسيت صديقاتي عيد ميلادي لأنني لم أذكرهن به. في العام القادم سوف المح لهن بذلك". إن مثل هذا التفسير سيبعد الطفلة عن الإصابة بالكآبة، كما أنه يوفر لها طريقة في حل المشكلات. وهكذا يضع السلوكيون المعرفيون توكيداً على كيفية تفسير الفرد لحالات فشله ونجاحه. فإن كان يفسر خيبة الأمل على أنها كارثة والفشل الصغير على أنه خطيئة أخلاقية، فإن النتيجة ستنتهي به إلى القلق والكآبة والإحساس بالعجز، وانماط متنوعة من

السلوك الشاذ، ويكون هدف المعالج هنا هو تدريب الفرد على تصحيح تفسيراته Hollon & (Kendall, 1979).

تقويم المنظور السلوكي

-النظرية السلوكية والنظريات الأخرى:

تمثل السلوكية تحدياً مباشراً لكل من المنظورين الطبي- الحيوي، والنفسي- الديناميكي. فقد كانت السلوكية من أقوى المنتقدين للنموذج الطبي Mischel (1968) (Bandura 1969)(Ullman 1975). فالنموذج الطبي ينظر إلى السلوك الشاذ من منظور المرض(Illness) فيما ينظر السلوكيون إليه على أنه تباينات أو إختلافات في التاريخ التعلمي، ويرى النوذج الطبي وجود فروق في النوع بين السلوكيين السوي والشاذ، فيما يرى السلوكيون أن الفرق في الدرجة وليس في النوع، وبينما يعمد النموذج الطبي إلى التشخيص والتصنيف، فإن السلوكيين يشككون في ذلك.

أما المنظور النفسي فإنه -كما مرَّ بنا- يعزو السلوك الشاذ إلى عمليات لا شعورية تقع في العمق من عقل الإنسان، بينما تحدده النظرية السلوكية بعمليات تعلمية قابلة للملاحظة. ولأن هدف الدراسة وفقاً للنظرية النفسية - الدينامية، هو الكشف عما هو خفي في أعماق اللاشعور، فإنها تستعين بالإستدلال في التفسير، وبهذا يكون توجهها ذاتياً، في حين تتجنب السلوكية مثل هذه الطرائق وتحاول أن تكون علمية قدر ما تستطيع، ليكون توجهها موضوعياً.

ويمكن القول إن المنظورين الطبي- الحيوي، والنفسي- الدينامي نشأا وتطوّراً من أفكار ومفاهيم نظرية وفلسفية، إبتعد عنها المنظور السلوكي ،وبنى أسس إنطلاقه من المختبرات التجريبية والبحوث الإمبريقية، وتوصل إلى نتائج إضطرت الفكر الغربي إلى أن يعيد النظر بموقفه من حياة الإنسان، فتعرض بذلك إلى نقد حاد.

- سلبيات المنظور السلوكي:
- المبالغة في التبسيط:

يتمثل الإعتراض الرئيس على السلوكية بأنها بسّطت حياة الإنسان وسلوكه بشكل غير واقعي. فهي اختزلت وجود الإنسان إلى وحدات سلوكية صغيرة قابلة للملاحظة والقياس، وفي هذا تبسيط ساذج لسلوك كائن معقد.

كما ان السلوكية بتجاهلها أو إستثنائها للحياة الداخلية للإنسان(لاسيما منهج واطسن واتباعه) فإنها اختارت أن تتجاهل كل شيء يميز الإنسان عن الحيوان الموضوع في مختبر تجريبي، وهذا يعني- كما علق كوستلر(Koestler 1968) بأنه إذا تم إستثناء دراسة الأحداث العقلية فإنه لايبقى لعلم النفس سوى دراسة سلوك الفئران. وفي الواقع فإن الكثير من مبادئ السلوكية جاءت من دراسات تجريبية على الحيوانات، مما يجعلنا نتساءل ما إذا كانت هذه المبادئ قابلة لأن تنطبق على الكائنات البشرية.

غير أن السلوكيين- كما راينا- لم ينكروا وجود الأحداث العقلية، إنما الكلاسيكيون منهم، انكروا أن تكون الأحداث العقلية هي التي"تسّبب" السلوك. وقد ابتعد السلوكيون المعرفيون عن الموقف التقليدي للسلوكية فتعرضوا إلى نقد حاد من قبل المناصرين لها، معتبرين دراسة الأحداث العقلية أو الدعوة لها، تهديداً للطريقة الأمبريقية للسلوكية، غير أن السلوكيين المعرفيين حاولوا إرضاء منتقديهم بحجة أن الخبرات الذاتية يمكن دراستها دون تضحية بالموضوعية، فعلى سبيل المثال، حاول (Mahoney ، 1974) التمييز بين" السلوكية المنهجية Methodological Behaviorism" التي تؤكد الملاحظة الموضوعية، "السلوكية الميتافزيقية

" Metaphysical Behaviorism" التي ترفض الخبرة الذاتية كموضوع للدراسة العلمية. وأدعى ماهوني بان السلوكية المعرفية تحسب على ا لسلوكية المنهجية دون ان تجعل يديها مقيدتين بالسلوكية الميتافزيقية. فالأفكار- على سبيل المثال- يمكن عدها أو حسابها وتسجيلها مثل المثيرات او الاحداث الخارجية. وهذا يعني ان السلوكية المعرفية تنظر إلى الأحداث العقلية بتبسيط مبالغ فيه، كتبسيط السلوكية التقليدية في نظرتها للأحداث الخارجية.

إن إختزال الوظائف العقلية بالطريقة المبسطة للسلوكية المعرفية، دون الأخذ بنظر الإعتبار الرغبات والدوافع المتصارعة في داخل الإنسان، تجعل المنتقدين لها على أنها لا تختلف جوهرياً عن السلوكية التقليدية.

-الحتمية:

على الرغم من ان السلوكية تختلف مع النظرية النفسية- الدينامي إلا انها تتفق معها بخصوص حتمية السلوك وإن اختلفتا في مصدر هذه الحتمية. فطبقاً

للسلوكية التقليدية فإن معظم سلوك الإنسان هو نتاج إشراط إستجابي وإجرائي وهذا يعني ان الإنسان لا يمتلك إرادة حرة، إنما المثيرات البيئية هي التي تحدد ما سنفعل بحياتنا. فإن كان الفرد، يكذب او يغش أو يسرق...... فإن ذلك يعود إلى أن تاريخه السلوكي قد برمج إشراطياً على هذه الأفعال.

إن هذا الموقف الذي يرى ان السلوك محتم بمثيرات وأحداث خارجية، تعرّض لنقد شديد من المفكرين المعاصرين لاسيما المنظرين الوجوديين والإنسانيين الذين يؤكدون أن الإنسان كائن حر ومتفرد، ومسؤول بهذا القدر أو ذاك عن أفعاله.

وفيما يتعلق بموقف السلوكية المعرفية التي تضع قيمة كبيرة على الأحداث العقلية، فإنها حاولت أن تنقذ الإنسان من الموقف السلبي الذي وضعته فيه السلوكية التقليدية(أي التأثر بالمنبهات البيئية دون التأثير فيها)، بإفتراض وجود عمليات عقلية وسيطة بين المثيرات والإستجابات، ولكن بالرغم من ان المنظرين المعرفيين السلوكيين ينظرون إلى الأحداث العقلية على أن لها دوراً سببياً في السلوك، فإنهم لا يعدون هذه الأحداث العقلية على أنها إرادة حرة، إنما يعدونها إستجابات صريحة من نتائج عملية تعلمية ليس إلا، وإنها تخضع للتعديل والتحوير بتطبيق مبادئ التعلم عليها، فإذا كنا قادرين على السيطرة على سلوكنا من خلال التعزيز الذاتي- Self-Reingorcement)، فإن التعزيز الذاتي نفسه نتاج خبرة تعزيز خارجي سابق.

-مسألة (السيطرة):

يشير سكنر إلى أن مسألة الإعتقاد بأننا مستقلون في أفعالنا تتضمن عدداً من التطبيقات غير الجيدة، منها أن سلوكنا ليس ناتجاً عن أحداث بيئية، وإننا وحدنا المسؤولون عن أفعالنا الخاصة. وأن نكافأ حين نتصرف بشكل جيد. ونعاقب حين نتصرف بشكل رديء. ووجهة النظر هذه تحجب إدراكنا لمتغيرات بيئية هي في الواقع تسيطر على سلوكنا (Skinner, 1971) وبالتالي، فسلوكنا مقدر أو محتم او جبري بطبيعة التعزيزات التي تشكله.

وإذا استنتجت من هذا القول بأن الإنسان ليس أكثر من آلة أو ماكنة بشرية، فإن سكنر سيرد على ذلك بأن إنسان العصر الحاضر لا يختلف كثيراً عن الآلة. فهو محكوم بالسيطرة عليه بدءاً من العائلة وإنتهاء بالمجتمع والدولة. وأن يقال بأن الإنسان يملك حريته

فهذا وهم وإدعاء. فالإنسان مسيطر عليه بالقوانين والمؤسسات والإعلانات وكل اشكال التنظيمات الإجتماعية(صالح ، 1984، ص118).

ويرى سكنر بأننا إذا اقتنعنا بحقيقة أن سلوكنا سيطر عليه من قبل معززات بيئية ، فإننا يمكن أن نقود وضعنا إلى حياة افضل وذلك بتصميم او تحديد برامج تعزيزية أفضل. وأن مثل هذه"الهندسة السلوكية"- كما يسميها النقاد- يمكن ان تصبح أساساً مقبولاً للنظام الإجتماعي باكمله، حيث يكون الناس مجبرين على التصرف، ليس عن طريق القوة، بل من خلال التعزيز.

وفي الواقع فإن مصطلح السيطرة(Controling) لا يعني الإكراه أو الإجبار في المفردات السلوكية، بل يعني القدرة على التنبؤ المبني على أسس أو قوانين علمية. فعلى سبيل المثال، إن الطفل الذي يتعلم ركوب دراجة يكون قد خضع نفسه إلى"السيطرة". وعندما يتدرب فإنه سيستبعد تدريجياً الإستجابات التي تؤدي به إلى السقوط عن الدراجة. ويزيد من تكرار الإستجابات التي تحافظ على توازنه عليها، وهكذا، لا يوجد أحد يجبره، إنما سلوكه يكون مسيطراً عليه بطبيعة نتائجه(Bootzin ،1975).

ويرى بعضهم أن "السيطرة" تثير قلقاً عندما تكون في أيدٍ غير مسؤولة، يستعملونها بفرض إكراه الناس وإجبارهم على التصرف قسراً. وهو قلق يثير تساؤلاً مشروعاً: من سيسيطر على سلوك الذين يقومون بالسيطرة على سلوك الناس؟. ويجيب سكنر بأن أهداف الديمقراطية الإنسانية ليست بالضرورة معادية لأولئك الذين يعيشون في هذا المجتمع المسيطر عليه. وأن المسيطرين (Controllers) انفسهم يتشكل سلوكهم بفعل طبيعة البيئة التي سيعيشون فيها، وبنفس الإتجاه المرغوب فيه من قبل المجتمع، وإلا- والإستثناء لسكنر- فإن البديل هو هذا المجتمع الذي نعيش فيه حالياً، حيث الفرد فيه يكون"حراً ولكنه يتعرض لأنواع التدمير بفعل الأمراض الإجتماعية الناجمة عن فشلنا في السيطرة على الفردية المتفشية.

- مساهمات السلوكية:

بالرغم من الإنتقادات الموجهة إلى السلوكية فإن لها مساهماتها القيمة في ميدان علم النفس، فإليها يعزى تحسين وتطوير الإجراءات السريرية (الإكلينيكية) فالكثير من التقنيات التي ابتكرها السلوكيون استعملها معالجون غير سلوكيين.

ومن إسهاماتها ان المشكلة الكبيرة في جميع المنظورات النفسية الأخرى، أنها تطرح عبارات أو مصطلحات او مفاهيم بخصوص سلوك الإنسان، غالباً ما تكون غامضة، قائمة أساساً على الإستدلال وليس على الحقائق، وتعطي بذلك فرصة لإتهامها بالتحيز، وأن السلوكية عملت على أن تتعامل مع مفاهيم محددة بوضوح، قابلة للملاحظة والقياس، ويمكن للآخرين التحقق من النتائج بصورة موضوعية، فأحدثت بذلك نقلة نوعية كبرى في منهجية علم النفس عموماً، حتى وصف احدهم بأن" البحث في علم النفس قد غدا الآن سلوكياً في طريقته" (Bootzin ،1984) بمعنى انه قائم على التجريب والقياس الموضوعي، وإذا ما اضطر إلى استعمال مفاهيم قائمة على الإستدلال، فإنه يجري تحديدها بمصطلحات سلوكية واضحة. وهكذا فإن علم النفس الذي وصف بأنه مستقل عن الفلسفة، لم يتخلص عملياً من الطرائق الفلسفية في البحث إلا بفعل السلوكية، لا سيما أساليب البحث التي ابتكرها بافلوف وواطسن وثورندايك وسكنر، وانعكس ذلك بالنتيجة على طرائق العلاج. إذ تجنب المعالجون السلوكيون (يفضلون تسميتهم: معدّلو السلوك) عبارات أو أسماء فيها شيء من خجل أو عار شخصي أو إجتماعي من قبيل مصطلح"مرض أو مريض". ونتيجة لإلتزامهم بالملاحظة القابلة للقياس وبالدقة العلمية التي تتوخى الإقتصاد في كل شيء والإبتعاد عن فائض المعنى، فإن العلاج السلوكي يستغرق وقتاً اقل، ومصاريف أقل، بالمقارنة مع أساليب العلاج الأخرى. كما انه أكثر فاعلية لا سيما مع المتخلفين عقلياً والمدمنين على الكحول والأطفال...... وأكثر نجاحاً في علاجهم بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى. وأن نجاحهم هذا يقدم دليلاً على صحة نظريات التعلم في تفسير السلوك.

هذا وما يزال العلاج السلوكي يركز في زيادة المعززات الإيجابية وخفض الأحداث السلبية وتنمية المهارات السلوكية الإجتماعية. ومع أن عدداً من المعالجين لهم منطلقات نظرية مختلفة، إلا أن أغلبهم يقرون بأن أساليب العلاج السلوكية المعرفية كانت ناجحة وفعالة(Helgin&Whitbourne ،2003 ،P ،132).

خلاصة

تطور المنظور السلوكي في بداية القرن العشرين كطريقة في دراسة علم النفس بصورة إمبريقية تؤكد التجريب والملاحظة والقياس. والأساس الذي قام عليه هذا المنظور هو إكتشاف آليات أو ميكانزمات التعلم، وكشفت بحوث بافلوف على الكلاب واحداً من

هذه الميكانزمات هو المنعكس الشرطي، أو تدريب الكائن العضوي على الإستجابة إلى مثير او تنبيه محايد بنفس الطريقة التي يستجيب بها إلى مثير غير محايد، وقد أثارت أعماله وكشوفاته الرائدة إمكانية أوإحتمالية أن تكون إستجابات الإنسان وسلوكه المعقد ما هو إلا نتيجة عمليات شرطية.

ولقد كان واطسن أول من عمل على توسيع مفهوم السلوكية وإشاعته، مدعياً بأن علم النفس هو علم طبيعي لا يستعمل الاستيطان وعمل على إشراط إستجابة الخوف من الفئران لدى طفل بعمر احد عشر شهراً ليثبت بأن الكثير من مخاوفنا" غير العقلانية" تحدث بنفس الطريقة.

ولقد طوّر ثورندايك قانون الأثر الذي تضمن ان الإستجابات التي تقود إلى نتائج مشبعة أو سارة" تميل إلى أن تتقوى وتتكرر، فيما تميل الإستجابات التي تقود إلى نتائج" غير مشبعة أو غير سارة إلى ان تضعف ولا تتكرر. وقد أعاد سكنر تسمية هذا القانون وأطلق عليه مبدأ التعزيز، ونظر إليه على انه الميكانزم الأساس للتنبؤ والسيطرة على سلوك الإنسان.

ولقد شعر السلوكيون المعرفيون الأوائل بأن موقف"المثير- الإستجابة" يتجاهل أو يغفل العمليات العقلية للإنسان كمثيرات تجعل الناس المختلفين يستجيبون لنفس المثير بطرائق مختلفة.

إن الإفتراضات الأساسية لعلم النفس السلوكي ترى أن مهمة علم النفس هي دراسة السلوك، أو الإستجابات التي يقدمها الكائن العضوي للمثيرات البيئية، بمنهجية إمبريقية تعتمد على القياس، وأنه يمكن بالتالي السيطرة على السلوك والتنبؤ به. وأن المكوّن الأعظم أهمية في سلوك الإنسان هو التعلم.

وطبقاً للسلوكيين الكلاسيكيين، فإن السلوك بكامله إما إستجابي أو إجرائي ، حيث يحدث السلوك الإستجابي إنعكاسياً في إستجابة لمثيرات محددة، وإنه من خلال الإشتراط الإستجابي يتم تعلم الإستجابة الشرطية. اي إنتشار أو تقديم الإستجابة الشرطية لمثيرات مشابهة للمثير الشرطي، والتمييز، اي تعلم التفريق أو التمييز بين المثيرات المتشابهة وتقديم الإستجابة فقط للمثير المناسب.

وفي السلوك الإجرائي، يعمل الكائن العضوي في بيئته من أجل الوصول إلى النتيجة المرغوب فيها، ويتعلم ربط نتائج معينة بأفعال معينة قام بها.

ويعّد التعزيز أهم ميكانزم أو آلية في التعلم. وهناك نوعان من المعززات: أولية: نستجيب لها غريزياً، ومعظمها تكون شرطية، وثانوية: تقوم بربطها بالمعززات الأولية، ويكون التعزيز على أنواع، فيحدث بالتالي زيادة في تكرار تلك الإستجابة. أما في التعزيز السلبي، أو التعلم التجنبي، فان الإستجابة تستحث الكائن العضوي على تجنب أو إزالة المثير المنفر أو المسبب للألم، فيما يتضمن الإنطفاء إزالة التعزيز الذي يعمل على إدامة الإستجابة. لتتضاءل بالتالي ثم تتلاشى. أما النوع الأخير من التعزيز فهو العقاب فيتضمن وجود مثير منفر يلي الإستجابة غير المرغوب فيها فيؤدي بالتالي إلى تناقص تكرارها.

ويتضمن التشكيل التعزيز بالتقريب المتتالي للإستجابة المرغوب فيها إلى أن يتم الوصول إليها، وأضاف السلوكيون المعرفيون ميكانزمين رئيسيين في التعلم هما: تفسير الفرد أو تثمينه للمثير، والتعزيز الذاتي للإثابات والعقوبات. وينظر السلوكيون لكل من السلوك السوي والسلوك الشاذ على أنهما نتيجة للتفاعل بين التكوين الحيوي للكائن العضوي وأنماط التعلم التي يتعرض لها، ويعتقدون أن سوءالتكيف هو التعلم، وأنه المساهم الأكبر في الإضطرابات النفسية، وأن إعادة التعلم قد تساعد على تغيير السلوك.

وهناك أربعة أصناف من سوء التكيف في السلوك كما يراها السلوكيون هي: عجز السلوك، تسارع السلوك، سيطرة مثير غير مناسب، وأنظمة تعزيز غير كفوءة. ويحاول العلاج السلوكي تغيير إستجابات محددة على أساس مبادئ التعلم.

ولقد أصبحت السلوكية المعرفية ذات تأثير متزايد، حيث افترضت أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك بصورة مستقلة عن المثيرات، وأن الأفعال تحدث في الغالب إستجابة لعمليات عقلية يمر بها المثير. وقدمت السلوكية المعرفية وجهة نظر غنية ومعقدة بخصوص حياة الإنسان وسلوكه بالمقارنة مع وجهة نظر "المثير- الإستجابة". كما انها طرحت في العلاج إستراتيجيات تؤكد طبيعة تفسيرات الفرد للأحداث ونوعية تعزيزاته الذاتية.

ومع كل النقد الموجه للسلوكية فإنها قدمت مساهمات أصيلة في ميدان علم النفس، سواء على مستوى التنظير، أو المنهجية في البحث التي تؤكد الملاحظة الموضوعية والتجريب والقياس، وأحرزت نجاحات في طرائق العلاج وتقنياته.

المصادر

♦سينس، ك.، و.(1989). السلوكية مسلماتها وطرائقها، في: قراءات في نظريات التعلم، جمعها وترجمها الدكتور موفق الحمداني وآخرون، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.

♦صالح، قاسم حسين (1984). الإنسان من هو؟. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، كلية الآداب، مطبعة التعليم العالي.

*Bandura, A. (1969) Principls of behavior modification. New york : Applton.
* (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review.
* (1977). Social learning theory. Englewood-cliffs.
*Bootzin. R. & Acocella, J, R. (1984). Abnormal Psychology, Random House, New York.
*Helgin, R, R. & Whithournes, S. K. (2003). Abnormal Psychology. Mc Graw-Hill.
*Nolen- Hoeksema, S.(2001).Abnormal Psychology. Mc Graw-Hill.
*Krasner, L. (1965).The behavioral scientist and social responsibility. No place to hide, Journal of Social Issues 1965,21, 9-30
*Lahey, B. B. (2001). Psychology. Mc Graw-Hill.
*Marx, M. H. & Hillix, W,A. (1980). Sestems and Theories in Psychology. Willy.
*Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social Learning reconceptualization of personalityPsychological Review, 252-283.
*Skinner.P.F. (1971). Beyond Freedom and DignityNew york: Knopf.
* (1974). About Behaviorsim. New york: Knopf.
*Pervin, L. A.(1980). Personality: Thery Assessment, and Research, New york: Wiley.
*Watson, J. B, (1914). Behavior. New york: Holt Rinehart & Winston.
* (1919). Psychology from the standpoint a behaviorist. Lippincott.
*Witen, W. (2004). Psychology. Mc Graw-Hill.

الفصل السادس

المنظور المعرفي

يعّد المنظور المعرفي والتعلم الإجتماعي احد الأساليب الحديثة الرئيسة في فهم السلوك البشري، ويوصف بأنه"هجين"، بمعنى انه يعترف بكل من التأثيرات الحيوية(البيولوجية)، والنفسية والبيئية. فهو يقر بالأساس البيولوجي لكل من التعلم والتكيف، ويقبل في الوقت نفسه القول بأن الإنسان يتأثر بالبيئة، لاسيما الجانب الإجتماعي منها(البيئة الإجتماعية). فضلاً عن أن هذا المنظور لا يغفل أهمية الأحداث الشخصية(الأفكار، المشاعر، التصورات....) ودورها في تكيف الإنسان، ولكنه بخلاف منظور التحليل النفسي من حيث أنه يضع توكيداً كبيراً على المحتوى المعرفي الشعوري، والعمليات الأساسية للمعلومات، وبمقارنته مع المنظورات الأخرى السابقة فإن نظرية التعلم الإجماعي المعرفي تنظر إلى الإنسان على أنه ظاهرة معقدة، لا يمكن التنبؤ بها بكفاءة، لا على أساس التكوين البيولوجي للإنسان، ولا على أساس عملياته النفسية الداخلية، ولا على أساس البيئة الخارجية التي يعيش فيها. وعلى وفق هذا المنظور فإن الإنموذج المناسب لفهم سلوك الإنسان يجب أن ياخذ بكل المتغيرات: البيولوجية والنفسية والبيئية، ولهذا يحاول أن يبرهن على أن سلوك الإنسان مؤلف من:

1.الحالة الحياتية(البيولوجية) للكائن العضوي.

2.الحالة النفسية للكائن العضوي.

3.العوامل البيئية الجارية.

غير أن (الثورة المعرفية) حدثت في خمسينات القرن الماضي حين بدأ بعض علماء النفس التجريبيين توجيه النقد إلى السلوكية من حيث تفسيرها المحدود ورفضها للعمليات الفكرية التي تتوسط بين المثير والإستجابة. إلا أن النقلة الحاسمة لم تحدث إلا في سبعينيات القرن الماضي التي نقلت التركيز في دراسة المعرفيات "Cognitions المتمثلة بالعمليات الفكرية التي تؤثر في السلوك والإنفعال(24، P، 2001، Nolen). وكان أبرز من قام بهذه الثورة المعرفية هو باندورا، عالم النفس السريري الذي كان سلوكياً في الأصل. ثم البيرت

الس Ellis صاحب أكثر من نظرية في العلاج، وبيكBeck المعروف بعلاجه المعرفي في إضطرابات كثيرة لا سيما الإكتئاب(Helgin & Whitbourne ،2003 ،P 278).

وعليه يمكن وصف المنظور المعرفي بأنه منظورنظري يفترض بأن الشذوذ في السلوك ناجم عن عمليات فكرية غيرتكيفية أو سيئة التكيفMaladaptive مع التذكير بأن النظريات المعرفية تركز في أنظمة المعتقدات وطرائق التفكير بوصفها أسباباً للسلوك الشاذ. ولهذا فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تغيير الأنماط السلبية للتفكير.

-التفاعل المتبادل:

إن إحدى الصفات المهمة التي يمتاز بها هذا المنظور هي قبوله التفاعل المتبادل بين الأسباب، أو السببية المتبادلة (Receprocal Causation)، فهو لا ينظر إلى الإنسان وكأنه نتاج سلبي لبيئته، بل مساهم نشط في عملياتها الجارية(Magnusson & Endler ،1976). فالمرء قادر على التأثير في الكثير من العوامل أو المتغيرات التي تؤثر في سلوكه، وهكذا يغدو بإمكانه ان يغير جوانب من حالاته البيولوجية عن طريق الأكل مثلاً، أو التمارين البدنية، أو تناول الأدوية، وما إلى ذلك، كما انه قادر على التأثير في البيئته الخارجية الجارية بقيامه بأنماط أو فعاليات سلوكية، أبسطها الحركة الجسمية(يخرج من البيت ليتمشى في الشارع)، وأصعبها بذل طاقات إستثنائية لإعادة تشكيل البيئة(الري وبناء الجسور مثلاً).

وبخلاف المنظورات الأخرى فإن هذا المنظور يقر بكل من السببية المتبادلة(Reciprocal) والمتعددة(Multiple). ففي حالات قد يعتمد تفسير السلوك على الشخص نفسه، فيما يعتمد في حالات أخرى على طبيعة الموقف الذي هو فيه. فكل المتغيرات يمكن أن تؤدي إلى إختلافات في نوع ومقدار التباين في السلوك. ففي حالات من التخلف العقلي، تتحمل عوامل وراثية معينة المسؤولية الكبرى عن ضعف أداء مهارة عامة، ولا تتحمل المسؤولية بكاملها. وإن ضعف المتخلف عقلياً في أداء تلك المهارة قد يكون متأثراً أيضاً بالموقف البيئي الذي هو فيه، وبعملياته المعرفية.

-المنظور المعرفي....البداية والمعاصرة:

قد لا تخلو من مفارقة إذا قلنا إن المنظور المعرفي واحد من أحدث الإتجاهات المعاصرة في عالم النفس، ومع ذلك فإن جذور بداياته تغور عميقاً في تاريخ الفكر. وليس مهما ان

نتقصاها هنا بشكل تفصيلي، فضلاً عن ان نظرية التعلم الإجتماعي المعرفي تأخذ اشكالاً مختلفة، وأن توجهات أو تفرعات هذه النظرية ما تزال تواصل تطورها، وأن معظم روادها ما يزالون أحياء، وان الكثير منهم يراجع وينقح ما طرحه من افكار. وهذا يعني أن إعطاء صورة لتطور هذا المنظور سيكون مختصراً وغير شامل بالتأكيد.

-بداياته كانت إجتماعية(سوسيولوجية):

أكد المشتغلون في علم الإجتماع، ومن زمن بعيد، الأهمية الجوهرية للعوامل الحضارية والإجتماعية في التأثير في سلوك الإنسان. فلقد قدم أميل دوركايم(1897)، في سبيل التمثيل، واحداً من تحليلاته الأولى الشاملة عن الإنتحار القائمة على اساس فكرته حول دور المجتمع في التكيف الشخصي، وبالمثل، إفترض عالم الإجتماع جورج ميد(1934) بأن مفهوم الفرد لذاته- Self-Concept) يتحدد اساساً بالتغذية الإجتماعية الراجعة(Social Feedback). وأطلق على منظور ميد مصطلح التفاعلية الرمزية(Symboltic Interactionism) بسبب الأهمية التي أعطاها للأنظمة الرمزية (اللغة، مثلاً ولإستمرارية التفاعل بين الكائن العضوي وبيئته). وما يزال تأثير هذا المنظور قوياً في علم الإجتماع المعاصر.

وكان لمساهمات علماء إجتماع آخرين صلة بمنظور التعلم الإجتماعي المعرفي. فقد وثق(Hollingshead) و(Redlich) (1958) بعض الإختلافات المتعلقة بالطبقة الإجتماعية والمصابين بأعراض ذهانية ووجدا أن بعض الإضطرابات تكثر في الطبقات الإجتماعية-الإقتصادية الدنيا. فيما تكثر إضطرابات أخرى في الطبقات الإجتماعية الغنية. وفي عام (1966) طور شيف (Scheff) نظرية في المرض النفسي (Psychopathology) وفحواها أن الفرد يرتكب عملاً شاذاً او منحرفاً لأن المجتمع يضعه في هذا الموقف. بعبارة أخرى، يتصرف المرء في ضوء توقعات الناس له، وإليك الحادثة الآتية:

قام عالم نفس إجتماعي بدراسة قبيلة"اشانتي" في غرب إفريقيا، التي لم تغزها الحضارة بعد. ولفت نظره أمر غريب آثار دهشته، إذ وجد أن أفراد هذه القبيلة يعتقدون بأن شخصية الإنسان تتوقف على اليوم الذي يولد فيه، وأنهم يسمون أولادهم باسماء الأيام التي يولدون فيها. وكانوا يطلقون اسم"كوادو" على الأطفال الذين يولدون في يوم الإثنين،

ويتوقعون لهم أن يصبحوا هادئين ومواطنين مسالمين فإذا سمعت أحدهم يقول: صباح الخير يا كوادو، فهذا يعني أن"كوادو هذا مولود في يوم الإثنين" وانه رجل هادئ ومسالم.

وكانوا يطلقون على الأطفال الذين يولدون في يوم الأربعاء إسم"كواكو"، ويعتقدون انهم سيصبحون من مثيري المشاكل. فإذا سمعت احدهم ينادي مساء الخير يا كواكو، فهذا يعني أن"كواكو"هذا مولود في يوم "الأربعاء"، وانه رجل"شراني"، وعليك أن تتكفى شرّه إن كنت تريد لنفسك السلامة.

والغريب في الأمر أنه تأكد لعالم النفس الإجتماعي هذا أن جرائم الإعتداء والعنف كانت واطئة بين من يحمل إسم كوادو"المولودين يوم الإثنين" وعالية بين من يحمل إسم كواكو" المولودين يوم الأربعاء"(صالح، 1987).

وليس من المعقول بطبيعة الحال أن يقبل عالم النفس الإجتماعي هذا بأن سبب ذلك يعود إلى اليوم الذي ولد فيه كوادو أو كواكو. وكان تفسيره مطابقاً لتفسير شيف من أن الإنسان يتصرف على وفق المفهوم الذي يحمله الناس عنه، وما يتوقعون منه، وهكذا فإن رجل الدين يتصرف بحكمة وهدوء، والرجل "الشقاوة" يتصرف برعونة لأن كل واحد منهما يتصرف في ضوء ما يتوقعه الناس منه.

ولقد أكد علماء إجتماع آخرون مدى تعريف المجتمع للتكيف أو التوافق(Adjustment)، والعقوبات التي يفرضها على أولئك الذين يعارضون المعايير الإجتماعية السائدة. فطرح كل من بيركر(Berger) ولكمان(Luckman)(1966) إنموذجاً نظرياً أكدا فيه أن المجتمع هو القاضي أو الحاكم للواقع. وكانت عالمة الإجتماع(في الأنثروبولوجي- علم الإنسان) ماركريت ميد(Mead)(1935- 1961) من أوائل الذين أصروا على الإعتراف بالتأثير الحضاري- الإجتماعي على الأدوار الجنسية وأنماط التفاعل وما إلى ذلك. فأصبح التفاعل بين الحضارة والشخصية موضوعاً جذب إهتمام عدد كبير من علماء النفس والإجتماع على مستوى النظرية والبحث أيضاً.

ولنظرية التعلم الإجتماعي المعرفي علاقة بالإتصال (Communication)، إذ يشير علم النفس المعرفي بتركيز إلى مبادئ نظرية معالجة المعلومات(Information Processing) لدى الإنسان. بمعنى الكيفية التي بها يدرك الإنسان بيئته. وكيف يخزن المعلومات ذات العلاقة، وكيف ينظم ردود فعله السلوكية نحو المواقف البيئية، إن الكثير من المعلومات التي

يتسلمها الإنسان تأخذ شكل رموز (الكلمات) مثلاً، مما يجعلنا نعترف بأهمية اللغة والإتصال، وهذا ما أدى إلى ظهور علم نفس اللغة(Psycholinguistics) الذي يدرس بناء اللغة وتطورها، فضلاً عن تأثير اللغة في سلوك الإنسان.

وتمثل اللغة جانباً مهماً من جوانب الحضارة، ويرى بعض الباحثين أن اللغة هي نتاج الحضارة القومية، وانها الوسيلة التي بواسطتها تتم عملية نقل الحضارة إلى الأجيال اللاحقة. بوصفها شكل من الإتصال سواء كان محكياً أو مكتوباً أو إشارياً قائماً على نظام من الرموز(2004، Santrock). وتمخض هذا الإفتراض(وجود علاقة بين اللغة والحضارة) عن إنطباع مؤداه ان الإختلافات في المحتوى اللغوي غالباً ما تطابق الإختلافات في المحتوى الحضاري، (Miller،1968) وأكثر ما يشار في هذا المجال إلى الإفتراضات التي طرحها وورف(Whorf) في الأربعينات والخمسينات من القرن الماضي.

إن أهم إفتراض طرحه وورف هو، أن خبرة الفرد الشخصية بعالمه الذي يعيش فيه، تشكل بفعل اللغة التي يتحدث بها، بمعنى أن اللغة تحدد الكيفية التي ندرك بها العالم المحيط بنا(Miller،1968)(الحمداني، 1981، صالح، 1982). هذا يعني أن الرموز(لاسيما اللغة) أصبحت تؤثر في الإنسان، وإننا نستجيب إلى التركيب أو البناء الرمزي للواقع أكثر من إستجابتنا إلى إدراكاتنا الخالصة والمطلقة.

-دور اللغة:

إن الواقع كتركيب أو بناء لا يتحدد فقد بمصطلحات بسيطة أو مجموعة من المفاهيم، بل إننا نقوم بربط أو مزج الرموز اللغوية بالإفتراضات التي يمكن أن تقود افعالنا. فعندما إستطاع الإنسان في أدواره الأولى أن يطور اللغة فإنه أدخل على نظامه الرمزي الجديد الكثير من القواعد التي تساعده على العيش والبقاء. ففي سبيل المثال:"الظلام يجلب الخطر" قاد إلى حالة من ملاحظة العلاقة بين فقدان الإضاءة (في الليل مثلاً) وبين الحيوانات المفترسة. غير أن الأجيال اللاحقة أدركت هذه العلاقة من خلال الكلمات وليس بالخبرة المباشرة، وهكذا أصبح الإنسان معتمداً أكثر فأكثر على قواعده المرمّزة للعيش، وكان لهذا فائدة عظمى في التكيف للبيئة غير أن النظام الرمزي هنا قد لا يكون دائماً في صالح التكيف. وهناك الكثير من الخرافات والمعتقدات التي توضح سوء الإدراك لقواعد العيش، وهناك العديد من المعتقدات الرمزية تقود سلوك المرء بإتجاه التوافق أو عدمه. وأنا وأنت

كثيراً ما نلجأ إلى معتقداتنا التكيفية التي تمكننا من التوافق مع الآخرين، أو معتقدات تؤدي بنا إلى سوء التوافق مع من نعيش معهم.

ويعد كيلي(Kellu)(1955)، وفرانك(Frank)(1961)، والبرت إلس(Ellis)(1962) من بين الأوائل الذين أكدوا دور المعتقدات غير العقلانية (Irrational) في الإضطرابات السلوكية، فمشاعر وافعال الناس الذين" يعتقدون" بأن الآخرين يقصدون إلحاق الأذى بهم(البارانويا)، أو أولئك الذين" يعتقدون" بأن المصاعد خطرة(الفزع، الفوبيا) سيخضعون لسيطرة هذا المعتقد على سلوكهم أكثر من الحاجة "الواقعية" للأشياء. وكما سنرى لاحقاً فإن هذا الإفتراض قد شكل أساساً للعلاج النفسي في واحد من الأساليب القائمة على التعلم الإجتماعي المعرفي.

إن عملية تطور المعتقدات أو تغيرها تتضمن إتصالات بين شخصية تنتقل خلالها المعلومات من شخص إلى آخر، وبما أن العلاج النفسي هو في جوهره محاولة لإقناع شخص آخر بأن يغير مزاجاً أو فكرة أو إحساساً أو نمطاً سلوكياً، فإن الجهد الإقناعي لابد أن يتضمن إتصالاً، ولقد طور هذه الفكرة معالج نفساني اسمه روش(Ruesh) في سلسلة من العمال يدأها من الخمسينات(Ryesh,1957,1961,&Rycsh,1951,Bateson)، وخلص إلى القول بأن العلاج النفسي هو عملية إتصالية(Commuincative Rrocess)، تمهد الطريق إلى تطور لاحق من العلاج القائم على الإتصال، ويبدو ان هذه الإجراءات العلاجية تنطبق على معظم الذين ينضوون تحت خيمة التعلم الإجتماعي المعرفي.

ويبقى فرع آخر من المعرفة كان له تأثيره في نظرية التعلم الإجتماعي المعرفي هو علم النفس الإجتماعي.فبحكم إنشغال الباحثين في هذا العلم بالإتجاهات والمعتقدات والعمليات الإجتماعية، فإنهم وفروا الكثير من الأفكار إلى الإختصاصيين بالعلاج النفسي القائم على المنظور المعرفي.

-المساهمات السلوكية:

في منتصف االستينيات من القرن الماضي أخذ أسلوب تعديل السلوك(Behavior Modification) القائم على المنظور السلوكي ينمو بسرعة فائقة وكانت تطبيقاته الأولى على المتخلفين عقلياً والمرضى العقليين مشجعة للغاية، مما آثار الحماسة بإتجاه توسيع مجالات تطبيقية في ميادين أخرى من بينها: التعلم المدرسي، رعاية الطفل، ومشاكل

تقليدية أخرى من قبيل السمنة والقلق للمرضى الخارجيين.

ولغرض مساعدة هؤلاء المراجعين الخارجيين(لايرقدون في المستشفى) واجه الإختصاصيون في تعديل السلوك مشكلة إدامة السلوك. بمعنى كيفية ضمان تأثير العلاج السلوكي وإدامته لمراجع يأتي ويذهب كما يشاء. وبما ان هؤلاء المعالجين ليس بمقدورهم العيش مع هؤلاء المراجعين ليعرفوا متى يعززون إستجابة مرغوب فيها بإثابتها، ومتى يطفئون إستجابة غير مرغوب فيها بعقوبة، فقد أصبح واضحاً أن المراجعين انفسهم سنبغي أو يفترض أن يتحملوا بعض المسؤولية في علاجهم الخاص بهم، وهكذا بدأ المعالجون السلوكيون في تدريب مراجعيهم بأن يطبقوا على أنفسهم الإجراءات العلاجية التي يريدون تطبيقها عليهم. وبهذا أصبح موضوع السيطرة السلوكية على الذات- Behavioral-Self Control) شائعاً، وأخذ الباحثون يتقصون الطرائق التي بها يصبح المراجع طبيب نفسه في العلاج.

وبالرغم من ان المنظور السلوكي التقليدي ينظر إلى سلوك الإنسان على انه وظيفة أو دالة بيئية، فقد بدأ معالجون سلوكيون ينظرون إلى ان المراجع قادر في الغالب على أن يغير البيئة التي يعيش فيها مثلما يقدر المعالج السلوكي على ذلك، وعّد هذا التحول أشبه بالثورة لأنه أقر بمفهوم السببية المتبادلة، وأصبح القبول"بتفاعل" المرء مع بيئته شيئاً جديداً في المنظور السلوكي.

وحدث في الفترة ذاتها تطور آخر في السلوكية عندما أقر معالج سلوكي من تلامذة سكنر هو"هومHomme" بأنه يمكن تعزيز"الأفكار" بالثواب والعقاب مثلما يتم ذلك مع الإستجابة الصريحة، وهذا يعني إقرار بالأحداث الشخصية(أفكار، مشاعر، إنفعالات.....) وانتهى هوم هذا إلى أن يتخطى الأسلوب السلوكي العلاجي القائم على(المثير- الإستجابة) إلى نموذج إشراطي قائم على أساس معرفي، شجع معالجين سلوكيين آخرين على الأخذ به(Mahoney,1974)فيما لم يقبل آخرون بصحة دور الأفكار والمشاعر...في تعديل السلوك غير أن أولئك الذين قبلوا بها سرعان ما وجدوا انفسهم محاطين بمساهمات علمية في مجالات أخرى في علم النفس أفادتهم كثيراً. ففي ميدان الشخصية، على سبيل المثال، قدم كيلي(1955) تحليلاً عميقاً للعلاقة بين أنظمة المعتقدات لدى المرء والسلوك الذي يقوم به. واستطاع اثنان من زملاء كيلي اللامعين هما روتر(Rotter) ومايكل(Mischel) تقديم مساهمات قيمة ساعدت على تطوير المنظور السلوكي- المعرفي وبالمثل، أكد كل من

إلس(Ellis)(1962)وبيك(Beck)(1963) في ميدان علم النفس السريري دور المعتقدات غير العقلانية في الإضطرابات السلوكية. وبدأ في أواخر الستينات الماضية حديث عن"ولادة" فرع جديد في العلاج القائم على تعديل السلوك، وطبع باندورا في عام(1969) كتابه اللاكسيكي(مبادئ في تعديل السلوك) أشار فيه إلى انه بالرغم من أن"عملية" تحسن العلاج تتوقف أساساً على آليات(ميانزمات) معرفية ، فإن هذه الآليات تكون فعالة أكثر عندما تستثار بإجراءات سلوكية. وفي وثيقة موسوعية قدم باندورا بدايات التكامل في المفاهيم بين المنظورين المعرفي السلوكي، (Mahoney,1980)، فلنتحول الآن إلى هذا الإتجاه الواعد الذي دمج بين هذين المنظورين.

-الأساس المعرفي للتعلم:

من الأهمية أن نحمل في الذهن أن منظور التعلم الإجتماعي المعرفي ليس كياناً منفصلاً عن النماذج السلوكية التقليدية، بل هو بالأحرى توسيع لهذه النماذج كما ان الإختلافات بينهما يتركز في تفسير عملية التغيير أكثر منه في إستعمال إجراءات معينة، فكلا المنظورين، في سبيل المثال، ينفقان على أن إجراءات التعزيز تميل إلى زيادة إحتمالية السلوك. غير أن المنظور السلوكي يفسر الأمر بالتأثير المباشر للتعزيز في الإستجابة المطلوبة، ويقولون إن الإستجابة جرى تقويتها بشكل آلي (أوتوماتيكياً).فيما يفسر المنظور المعرفي الأمر بأن إجراءات التعزيز لم تؤد إلى تقوية الإستجابة بهذا النوع من التبسيط الذي يطرحه السلوكيون، بل بالأحرى عبر عملية معرفية(تحدث في الجهاز العصبي المركزي)تربط بين الإستجابة ونتائج هذه الإستجابة.

إننا لو تفحصنا مصطلح"المعرفة Congition" لوجدناه يجمع سوية مجموعات العمليات العقلية المتمثلة ب:الإدراك عن طريق الحواس (Perceiving)،والتمييز أو التعرف(Recogizing)، والتصور أو التخيل(Conceiving)، والحكم على الأشياء(Judging)، والإستنتاج(Reasoning)، أو هي العمليات العقلية المتعلقة بإكتساب المعرفة أو المعلوماتKnowledge(Weiten ،2004). فيما العمليات المعرفية (Cognitive)Processes تتضمن تغيرات في تفكير الفرد وذكائه ولغته(Santrock ،2004). ومحور إهتمام علم النفس المعرفي يدور حول الكيفية التي بها يركب أو يبني(Structre) الناس(وكذلك الحيوانات) خبراتهم، وكيف يضفون المعنى عليها بتحويل المثير أو التنبيه البيئي إلى معلومات

قابلة للإستعمال (Davison وNeal، 1982، ص54). فعلم النفس المعرفي كما يرى (Sternberg، 2004) هو درس كيف يدرك الناس ويفعلون ويتذكرون ويفكرون بخصوص المعلومات(P،527).

ويدرس علماء النفس المعرفيون الكيفية التي بها نكتسب ونخزن ونستعمل المعلومات، فيما يقتصر علماء النفس السلوكيون من اتباع سكنر عملهم على وصف السلوك بدلالة الأحداث الصريحةالقابلة للملاحظة. والتقليديون منهم لا يقبلون التفسيرات المعرفية، فيما يؤمن منظرو التعلم الإجتماعي المعرفي بأربعة أشكال أساسية من التعلم هي:-

1. الخبرة الإرتباطية المباشرة، وتشبه كثيراً الإشراط الإجرائي والكلاسيكي.(الفرد يخبر مباشرة الرابطة بين المثيرو/أو الإستجابة).
2. التعلم بالملاحظة، حيث يتعلم الفرد الإستجابة من خلال ملاحظته لشخص آخر.
3. التعلم الرمزي، حيث يتعلمه الفرد من خلال اللغة (الكتابة أو الكلام).
4. المنطق الرمزي، ومنه يتعلم الفرد إستخلاص إستنتاجات من معلومات متوافرة (Bandura، 1977).

على أن السؤال الذي فرض نفسه على توجهات علماء النفس المعرفيين منذ أكثر من ثلاثة عقود وإلى ما بعد عام ألفين هو: هل بوسعنا النظر إلى أنظمة المعلومات لدى الإنسان بوصفها تجمع من البنى Collection Structures تشكل منظومة مكونات النشاط العقلي المعرفي، أم بوصفها سلسلة من عمليات وبرامج وخطط تتوقف على طبيعة ومستوى ومحتوى ما يصلها من مدخلات، وعلى أساليب تمثيل وتجهيز ومعالجة تلك المدخلات؟.

وطبقاً لنظرية التعلم الإجتماعي المعرفي فإنه من النادر أن يكتفي الفرد بخبرة تعلمية تأتي من إرتباط مثير بإستجابة، أو إستجابة بإستجابة بالطريقة التي يطرحها الإشراطين الكلاسيكي والإجرائي، فالإحتمال المرّجح في التعلم يتطلب من الفرد أن"ينتبه" إلى ما يتعلمه، كما ان الكثير من سلوكنا يكون قد انتظم بفعل معلومات كنا قد إكتسبناها من خبرات سابقة وجرى خزنها في الجهاز العصبي المركزي.

وطبقاً لهذا المنظور أيضاً، فإن الكثير من أنماط السلوك المنحرف يتم تعلمه من خلال ملاحظة نماذج" منحرفة" فالأطفال يميلون إلى تقليد سلوك والديهم ومعلميهم... وقد يكون من بينهم من قلد إنموذجاً منحرفاً..وأن الحضارة استطاعت من خلال وسائلها:التلفاز، السينما، الروايات...... والتفاعل الشخصي وملاحظة إستعمال المخدرات، وشيوع

العنف.....والسرقة والإغتصاب.....طرح"نماذج" تستهوي المراهقين بشكل خاص فيعمدون إلى تقليدها، فضلاً عن ذلك فإن الإنسان في جوهره كائن عضوي رمزي.... فحياتنا، وعالمنا وحتى إدراكنا لأنفسنا يتأثر دراميا باللغة، فالكلمة المطبوعة والمنطوقة تشكل نسبة كبيرة من حجم مدخلات معلوماتنا، وتكون بالتالي جانباً كبيراً من خبراتنا التعليمية.

وهكذا يتوضح أن منظور التعلم الإجتماعي المعرفي لا يحصر موضوع التعلم بمصدر واحد وبعملية واحدة...بل يجمع بين ا لتعلم المصدر المباشر للتعلم(الإشراط بنوعيه) والمصادر غير المباشرة(التعلم بالملاحظة، والتعلم والمنطق الرمزيين).

أسباب الإضطرابات السلوكية:

طبقاً لنظرية التعلم الإجتماعي، فإن مصادر سوء التكيف أو التوافق في السلوك تختلف من شخص –أو موقف- إلى آخر. وبإختصار فإن هذا المنظور يرى ان ما يصيب الإنسان من غم او كرب أو تباين في السلوك، ما هو إلاالنتيجة لتفاعل بيولوجي معقد بين الكائن العضوي وبيئته. فهناك جوانب في التكوين العصبي- الكيماوي للإنسان، وعوامل ومتغيرات في البيئة التي يعيش فيها، لها أهمية حاسمة في إحداث الإضطراب أو سوء التكيف. غير ان العوامل السببية الأكثر شيوعاً بين الكبار من المراجعين الخارجيين الذين يعانون من إضطرابات هي معرفية بطبيعتها (Mahoney، 1980). فلقد تبين إن الشخص الذي جرى تشخيصه على أنه"مضطرب إنفعالياً" هو في الغالب واحد من إثنين:

1.شخص تنقصه مهارات أدائية مناسبة.

2.شخص كان قد طور نمطاً مختلفاً من الخبرة ناجم عن أخطاء او تشوهات في إدراكه للمثير، أو كفاية إستجابته الشخصية.

وما ينبغي ملاحظته هنا ان التوكيد سار بإتجاه التعلم أكثر من ضعف موروث أو تلف عضوي.

وفي الواقع أن علماء النفس المعرفيين كانوا وإلى عهد قريب، قد اعاروا انتباهاً قليلاً إلى الكيفية التي يوظفون بها نتائج بحوثهم في ميدان العلاج النفسي(Davison، Neal، 1982). غير أن التفسيرات المعرفية لأسباب السلوك الشاذ أخذت تعزز مواقعها على مستوى التنظير والتطبيق.

لنأخذ واحداً من علماء النفس المعرفيين البارزين على مستوى التنظير والتطبيق وليكن بيك(Beck)، فإنه يرى أن الهلوسات والأوهام والأحلام لدى المرضى المصابين بالكآبة غالباً ما تتضمن أفكاراً عن معاقبة الذات، والفقدان والحرمان(Beck، 1953، Hurvich، 1959). ومن وجهة نظر بيك (1967- 1976) فإن الموقف السلبي من الذات،أي نزعة الفرد لأن ينظر إلى نفسه على أنه "خاسر أو فاشل" هو السبب الأساس والجوهري للكآبة. فإذا طور المرء بسبب خبرات الطفولة"مخططاًSchema" معرفياً ينظر من خلاله إلى ذاته والعالم والمستقبل من موقف سلبي، فإنه يتكون لديه الإستعداد للإصابة بالكآبة (Bottzin، 1984) (Weiten،2004).

كما ان الضغوط تستثير لمخططات السلبية بسهولة، ويعمل الإدراك السلبي بدوره على تقوية تلك المخططات.

لقد عززت البحوث الحديثة إدعاء بيك بأن لدى الإنسان المكتئب مخططاً سلبياً، على الأقل فيما يتعلق بذاته، ففي إحدى الدراسات تم إختبار ثلاث مجموعات الأولى تضم مرضى مصابين بالكآبة. والثانية تضم مرضى مصابين بإضطراب نفسي آخر، فيما كانت الثالثة تضم أفراداً عاديين. وقد طلب من أفراد هذه المجموعات ترتيب سلسلة من الكلمات على وفق إنطباق الكلمة على (المشارك). وتم فيما بعد ان يتذكروا ما يمكنهم أن يتذكروه من تلك الكلمات، فظهر أن مجموعة المكتئبين تذكروا كلمة سلبية(ذات مضامين إكتئابية) أكثر بكثير من المجموعتين الأخريتين (Derry، 1981).

وفي دراسة ثانية أجريت على مرضى تتناوبهم حالات الإكتئاب بشكل مستمر في أوقات الصباح أو المساء، وطلب منهم أن يتذكروا ما استطاعوا من ذكرياتهم فتبين أنهم يتذكرون الكثير من ذكرياتهم السلبية والقليل من ذكرياتهم الإيجابية عندما يكونون في ساعات إكتئابهم، بالمقارنة مع ما يتذكرون في الساعات التي لا يكونون فيها مكتئبين (Clark، 1982).

تقويم اسلوب التعلم الإجتماعي المعرفي:

يرى بعض الإختصاصيين في الطب النفسي إن التنظير المعرفي لا شيء أكثر من تحليل(مثير- إستجابة وسيطة) للسلوك(Woipe مثلاً 1981). فيما يرى آخرون أن التفسير المعرفي للسلوك هو شكل مختلف اساساً عن تحليل علاقة أو رابطة تخضع لنفس مبادئ

التعزيز في التعلم. فالباحث المعرفي لا يقبل أن يفهم الإدراك او التفكير بأنه إستجابة صغيرة، بل إنه يركز بالأحرى على الكيفية التي بها يفسر المرء بفاعلية المثيرات البيئية، وكيف تؤثر هذه المثيرات في سلوكه. وإن التعزيز لا يعمل سوى دور صغير في منظور علم النفس المعرفي.

ويوجه النقد إلى هذا المنظور كونه تعوزه نظرية واحدة موحدة وإستعماله مصطلحات يصعب تعريفها، فالمنظرون في هذا الميدان يستعملون بكثرة مصطلح (المعرفة Cognition) ومصطلح (المعتقد Belief) دون إعطاء تعريفات مقبولة.

كما يتهم هذا المنظور بانه يعوزه دليل عملي مناسب يمكن أن يعتمده المعالج النفسي بإجراءات عملية محددة. وربما كان أكثر أنواع النقد أهمية هو ما يتعلق بأساليب هذا المنظور في جمع بياناته، وبالذات مدى السيطرة على تجاربه ودقة قياسه للمتغيرات.

وهناك من جانب آخر، تثمين إيجابي لنظرية التعلم الإجتماعي المعرفي يتمثل في كونه لا يفضل مصدراً بحد ذاته يعمل بمفرده في إثارة وتوجيه السلوك، كأن يكون: عوامل داخلية(بيولوجية أو قوى نفسية)، أو عوامل بيئية، بل أنه يعمل على خلق موازنة بينهما من حيث اهميتها في دراسة السلوك. كما انه يؤكد وجود تفاعل معقد بين الكائن العضوي وبيئته. وربما يحدث هذا للمرة الأولى في تاريخ علم النفس أن يجمع منظور فيه بين الخبرة الشخصية للفرد وبين المؤثرات الخارجية وعلى التفاعل المعقد بينهما.

الخلاصة

تناولنا في هذا الفصل منظور التعلم الإجتماعي المعرفي. وتبين لنا أن هذا المنظور يهتم بالحالةالداخلية للإنسان(البيولوجية والنفسية) والبيئة الخارجية التي يعيش فيها كمحددات للسلوك، كما انه يقر بالسببية المتبادلة، بمعنى التفاعل السببي المستمر بين الكائن العضوي وبيئته. وبالرغم من أن منطلقات نظرية أخرى تقر أحياناً بذلك، إلا أن هذا المنظور فقط ركز في هذا التفاعل المعقد(بين الإنسان والبيئة) بتعبيرات صريحة.

ولقد تبين لنا ان هذا المنظور المزيج- الذي يتضمن في الواقع عدة وجهات نظر مختلفة له جذوره في علم الإجتماع- والسلوكية- وعلم النفس المعرفي. ويعد إعترافه بإعتماد الإنسان على أنظمة رمزية(اللغة....)خاصية مهمة مميزة في تطور هذا المنظور، الذي يرى أيضاً بان التعلم لدى الإنسان ليس عملية إشراط بسيطة، بل يتضمن بالأحرى تطوراً في انظمته

الرمزية التي يتمثلها في جهازه العصبي المركزي. وبهذا المعنى يكون من الأفضل القول بأن السلوك يمكن أن يكون قابلاً للتنبؤ به بدلالة إدراك الفرد للبيئة. وليس بدلالة البيئة بحد ذاتها.

وطبقاً لنظريةالتعلم الإجتماعي المعرفي، هناك أربعة أشكال أساسية للتعلم:

1.الخبرة الإرتباطية المباشرة.

2.التعلم بالملاحظة.

3.التعليم الرمزي.

4.المنطق الرمزي.

وبالرغم من أهمية تأثير المتغيرات البيولوجية والبيئة، فإن الأسباب الأكثر شيوعاً في الإضطرابات السلوكية- كما ترى هذه النظرية تتمثل ب:-

1.تطور مهارات غير مناسبة.

2.خطأ أو تشويه في إدراك الفرد للمثيرات وفي كفاءة إستجابته للتنبيه.

ويوفر هذا المنظور اسلوباً أكثر توازناً وشمولية في محاولة فهم السلوك البشري، بالرغم من أن حقائبه العلاجية تحتاج إلى دراسات متعمقة.

وتفترض النظريات المعرفية، ان تفسير الناس للأحداث التي تقع من حولهم، وإدراكهم للسيطرة على الأمور، ودرايتهم بكفاية الذات لديهم، وإفتراضاتهم وما يحملونه من معتقدات، هي التي تؤثر في سلوكهم وإنفعالاتهم التي تتبدى في إستجاباتهم أو ردود أفعالهم للمواقف التي يكونون فيها.

المصادر

- الحمداني، موفق. اللغة وعلم النفس، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، 1982.
- صالح، قاسم حسين. سيكولوجية إدراك اللون والشكل وزارة الثقافة والإعلام، 1982.
- صالح، قاسم حسين. الشخصية بين التنظير والقياس، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، كلية الآداب، 1987.
- صالح، قاسم حسين، علم النفس المعرفي، مجموعة الجيل الجديد، صنعاء، اليمن.
-Bandura, A. Priciples of Behavior modification New York, Holt, 1969.
-Bandura, A. Social teaming theory. Englewood Cliffs, Prentice-Hill, 1977.
-Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Interational University Press, 1976.
-Bootzin, R. R. & Accocella, J.R. Abnormal Psychology. Random House, New York, 1984.
-Berger, P.L. & T.The social construction of reality. Garder City, New York, Doubleday, 1966.
-Davison, G. C. & Neale, J. M. Abnormal Psychology. John Wiley. 1982.
-Derry, P.A. & Kuiper, N. A. Schematic Processing and Self-reference in clinical depression. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 286-297.
-Endler,N.S. & Magnusson, D. (Eds). International Psychology and Personality. New York, Wiley1976.
-Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. Social class and mentalillness. New York, Wiley. 1958.
-Homme, L.E. Perspectives in Psychology,XXIV.Control of Coverants, Theoperants of the mind. Psychological Record, 1965, 15, 501-511.
-Mahoney, M. J. & Thoresen, C. F. (Eds).Self-Control: Power to the person. Monterey, Calif: Brooks,197-4.
- Mahoney, M. J. Abnormal Psychology: Perspectives in human variance. New York: Harper & Row, 1980.
-Mead, M. Coming. Age in Samoa. New York, Marrow, 1961.
-Miller,G. & McNill, D. Psycholinguistics. In Lindzey, G. and Aronson, E.(ed).The Handbool of Social Psychology,VIII, 666-794.
-Ruesch, J.Theraputic Communication.New York, Norton,1961.
-Santrock, J.W.Child Development, Mc Grow-hill, 2004.
-Stember,R,J, Cognitive Psychology.Thomson, 2004.
-Scheff,T. J. Being Mentally ill, A Sociological Theory Chicago:Aldine,1966.
-Wolpe,J. & Wolpe, P.Our useless yeurs. Boston: Houghton-Mifflin,1981.
-Weiten,W. Psychology.Thomson, sixth editon 2004.

الفصل السابع

المنظور الإنساني الوجودي

في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي أخذ المفكرون يتحسسون تهديد التكنولوجيا الحديثة للقيم الإنسانية، ورافق هذا الإحساس بالخطر المادي على معنى الوجود الإنساني، خطر آخر علمي أو نظري تمثل بالأزمة التي عاشها علم النفس على يد الفرويديين ثم السلوكيين، إذ أن هذين المنظورين، بالرغم من الجدل الحاد بينهما والتعارض في الكثير من المسائل النظرية، فإنهما يتفقان على تجزئ سلوك الإنسان إلى عوامل أو مكونات منفصلة، ويحاولان تحديد العلاقة بين هذه المكونات على أساس السبب والنتيجة، بطريقة مشابهة للعلوم الطبيعية، وتجاهل الكثير مما هو مهم جداً بخصوص الحياة الإنسانية، فقد رأى عدد من المفكرين أن الحياة الإنسانية ذاتية وينبغي أن لا تعامل معاملة الظاهرة الطبيعية، وأن الإنسان يخبر حياته كوحدة وليس عناصر او مكونات منفصلة، وانها تحدث في سياق وليس كظاهرة منعزلة، بمعنى أنها تحدث عبر زمن، ولا يمكن أن تصاغ بمعادلات من أسباب ماضية ونتائج حاضرة.

من حالة الإحساس هذه بان شخصية الإنسان أصبحت، مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين، مهددة جدياً من تطور التكنولوجيا الحديثة، ومن حالة أن ساحة علم النفس كانت تتسيدها قوتان كل واحدة منهما تحاول إثبات صحة أفكارها وعدالة تحيزاتها، وخطأ ما تقوله الأخرى.....من هذا الظرف نشات قوة جديدة في الساحة ضمّت مفكرين متميزين، اكتسبوا فيما بعد إسم القوة الثالثة في علم النفس. وعلى الرغم من أن هذه القوة استقطبت منظرين إنسانيين ووجوديين تبدو جديدة في علم النفس، إلا أن جذورهما في الواقع تعود - في الأقل- إلى أكثر من قرن.

★جذور علم النفس الإنساني:

يتبنى علم النفس الإنساني فكرة تفاؤلية أساسية هي ان الإنسان يولد وهو يمتلك الكفاية على الإبداع، كما انه طيب بطبيعته. وان كل ما يحتاج إليه هو أن لا يقيده المجتمع، بل بالأحرى أن يحرره من القيود لكي يحوّل إمكاناته الفطرية إلى واقع حقيقي.

وبالرغم من أن هذه الفكرة كانت موجودة في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، إلا انها كانت في الحقيقة صيحة إستغاثة من الحركة الرومانسية، وكانت مرتبطة بشكل وثيق بأفكار الفيلسوف الفرنسي جان جاك ورسو(1712- 1778).

والفكرة الرئيسة الثانية في علم النفس الإنساني هي"مفهوم الذات- Concept – Self"،أي الصورة التي نحملها عن أنفسنا، ونحكم بموجبها على سلوكنا وخبراتنا، والكيفية التي تفسر بها الأحداث والعالم، وكان أول من أدخل فكرة"مفهوم الذات" هو وليم جيمس(18425- 1910)، وفي الثلاثينات من القرن الماضي أدخل عالم الإجتماع الأمريكي جورج هيربارت ميد بُعداً آخر لمفهوم الذات هو العلاقات الإجتماعية، الذي أكد دورها المهم في تطور هذا المفهوم، ونشوئه لدى الأطفال من خلال إدراكهم لردود أفعال الآخرين نحوهم، وسنرى لاحقاً أن الكثير من الدراسات أجريت حول هذا الموضوع، من حيث تطور مفهوم الذات وكيف يؤثر في قدرات الأفراد في تحقيق إمكاناتهم الفطرية.

★جذور علم النفس الوجودي:

يعزى ظهور المبادئ الأساسية لعلم النفس الوجودي إلى عدد من الفلاسفة الوجوديين الأوروبيين في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، هم على وجه التحديد: كيركجارد(1813- 1855)،هوسيرل(1859- 1938)، هيدجر(1889- 1976)، ياسبر(1883- 1969)، بونتي(1908- 1961)، وسارتر(1905- 1980).

وبالرغم من أن لكل واحد من هؤلاء مساهماته الخاصة في الفلسفة الوجودية، فإن هناك ثلاثة أفكار مركزية يشتركون جميعهم في توكيدها، وتشكل الأساس لعلم النفس الوجودي.

الفكرة الأولى: هي الوحدة غير القابلة للحل أو الذوبان(Indissoluble) للوعي الإنساني والعالم، وقد أطلق عليها الوجوديون مصطلح" الوجود- في- العالم Being-in-the- World". فمنذ القرن السابع عشر وحتى يومنا هذا مال العالم إلى الفصل بين الظاهرة الذاتية والظاهرة الموضوعية. ولقد حاول الفلاسفة الوجوديون الوقوف بالضد من هذا التقليد، بالمحاججة من ان الحياة الذاتية لا يمكن إستثناؤها من أي فرع من المعرفة يهتم بالحياة الإنسانية، وإنه لا يوجد هناك فصل بين الذاتي والموضوعي.إذ لا يوجد جزء من العالم قابل للمعرفة يكون خارج خبرتنا العقلية، ولا توجد خبرة عقلية هي ليست خبرة من هذا العالم.

والفكرة الرئيسة الثانية في الفلسفة الوجودية هي"الأصالةAuthenticity" التي يمكن تعريفها بأنها"ذلك الشكل من أشكال السلوك الذي يعّده الوجوديون هدفاً مثالياً يتضمن محاولة الفرد لممارسة قدراته ووعيه المسؤول في إتخاذ القرار"(صالح، 1987، ص207). ذلك أن الفكرة الأولى،أي "الوجود- في العالم"تعني، ضمن أشياء أخرى، العيش بإستمرار تحت ضغط توقعات الناس الآخرين. فالإهتمام الأكبر لدى الوجوديين هو نزعة الكائن البشري لإنكار جوانب من خبراته،و"تنقية" أفكاره ورغباته مما يعتقد فيها أنها"غير مقبولة" من قبل الوالدين والأصدقاء والمجتمع بشكل عام. وعلى الرغم من أن هذا يبدو مسلكاً سهلاً، إلا أنه ينتج عنه في النهاية تقسيم مؤلم للشخصية:ذات كاذبة خارجية تغطي ذاتاً داخلية منعزلة يجري نكرانها. ولتجنب هذا الإنقسام فإنه يجب على الناس أن يكافحوا بإستمرار من أجل العيش بأصالة.أي أن يحققوا خبرة عقلية بمدياتها الواسعة. وهذا لا يعني تنفيذ كل دافع. فإذا ما شعر الفرد بالرغبة في قتل شخص ما فإن الوجوديين لا يوصون بالإنغماس في هذه الرغبة. فما هو مهم هو الإعتراف بوجودها، أي إدراك الفرد بأنه قادر على الرغبات القاتلة. ويؤكد الوجوديون إننا لا يمكن أن نقود حياة حقيقية ونضع خيارات لها معنى إلا عندما نكون دارين وعارفين بمشاعرنا، وقابلين لها، بغض النظر عن عدم قبول الآخرين لها، وأنه من خلال العيش بأصالة فإننا ننمو بوصفنا كائنات بشرية. وهنا تأتي الفكرة الثالثة: التوكيد على الحاضر والمستقبل بمواجهة الماضي.

إن الحياة -طبقاً للوجودية- لا يمكن التنبؤ بما ستؤول إليه على أساس الماضي، إنما من خلال"الصيرورة المستمرة، بعملية دينامية يومية من خلق الذات"، وهذا يعني في المقام الأول ان الكائنات البشرية مسؤولة عنه، وانه لا يمكنهم إلقاء اللوم على سوء حظهم أو فرص اضاعوها في الماضي، ويعني ثانياً أن العلم يجب أن لا يتعامل مع الكائنات البشرية على أساس أنها المحصلات النهائية لنتائج أسباب ماضية، وأنه يجب دراستهم في سياق بُعد الزمن الذي يحكمه التغيير.

★الإفتراضات الأساسية:

إن إخضاع فكرتي"الأصالة"و"الصيرورة" للدراسة العلمية قد تبدو مسألة صعبة، غير أن علماء النفس الإنسانيين والوجوديين يرون وجوب تكيف أو إخضاع طرائق العلم لحقائق الحياة البشرية، ففي بداية القرن الماضي أكد دلثي(Dilthey)التمييز بين" العلوم

الطبيعية"Natural Sciences" التي تتعامل مع موضوع دراستها على أنها "أشياء"مادية، والعلوم الإنسانية(Human Sciences) التي تتعامل مع موضوع دراستها على أنها عمليات ذاتية ودينامية.

وكما أشرنا في فصول سابقة فإن المنظورين الدينامي- النفسي والسلوكي طورا، إلى درجة معينة، تقليداً للعلم الطبيعي في طرائق البحث المتعلقة بالحياة البشرية، وحاولا تطبيق منهجية"العلوم الطبيعية" في "العلوم الإنسانية"، فيما يرى علماء النفس الإنسانيون والوجوديون أنه يجب أن يحصل العكس في علم النفس بالذات بالتركيز في الخصائص الإنسانية التي ينفرد بها الإنسان بوصفه كائناً بشرياً.

وعلى هذا الأساس وضع المنظور الإنساني- الوجودي عدداً من الإفتراضات تختلف عن إفتراضات المنطلقات النظرية الأخرى. وبالرغم من أن المنضوين تحت هذا المنظور يتباينون في عدد من هذه الإفتراضات، إلا أنهم يتفقون حول أربعة إفتراضات أساسية هي:

1.التوجه الظواهري:

"هل بمقدورنا أن نكون متأكدين من اننا ننظر إلى المريض كما هو في الواقع، وإننا نعرفه كما هو في عالمه الخاص، أم إننا نسقط عليه نظرياتنا الخاصة بخصوص حالته؟". لقد طرح هذا السؤال واحداً من أشهر المنظرين الوجودين هو رولو مي(Rollo May)(1959). مشيراً بذلك إلى واحد من الإفتراضات الأساسية في علم النفس الإنساني والوجودي، الذي يعني أنه يتوجب على المعالج النفسي أن يدخل إلى عالم المريض. واطلق على هذه الطريقة"التوجه الظواهري Phenomenological Approach "، التي تعني الإصغاء بأقصى ما يمكن من المشاركة الوجدانية لكل شيء يقوله المريض ويتعلق بخبرته. ولتحقيق ذلك فإنه يجب على المعالج النفسي أن يتجنب أخذ فقط ما يتساوق مع تحيزاته النظرية، وليس بالضرورة أن يحاول أن"يحفر" تحت عبارات المريض من أجل أن يصل إلى الحقيقة"الواقعية". فالواجب الأساس للمعالج النفسي أن يسمع ما يريد سماعه(Tune in) من الحياة العقلية للمريض. وعليه أن لا يكيفها إلى أية مبادئ إضافية أو غير جوهرية.

2.تفردية الفرد:

لأن كل إنسان يدرك العالم بطريقة خاصة، ويشارك في"خلق ذاته" الخاصة، فإن كل شخص هو كائن متفرد، وإن إختزال الفرد إلى مجموعة معادلات نفسية- دينامية او سلوكية هو، طبقاً للمنظور الإنساني- الوجودي، ليس سوى النظر إلى جانب ضيق جداً

من وجود هذا الفرد. وإذا كان بالإمكان أن تنطبق على سلوك الإنسان قواعد معينة، فإن هذه القواعد لا يمكن لها قطعاً أن تعرّف أو تشرح الحياة البشرية، لأن لكل شخص كينونة خاصة به.

3.الإمكانية البشرية:

ينظر الإنسانيون، وكذلك الوجوديون إلى أن الفرد هو عملية (Process) أكثر منه ناتج (Product)، لأن الحياة البشرية هي مسألة نمو من خلال الخبرة، وعلى هذا الأساس يضع المنظور الإنساني الوجودي تأكيداً كبيراً على الإمكانية البشرية، أي قدرة الفرد على أن يصبح ما يريد عليه، في تحقيق قابلياته، وأن يعيش الحياة التي تليق به.

4.الحرية والمسؤولية:

يتفرد المنظور الإنساني الوجودي في إصراره على مسألة حرية الفرد. ومع أن حياة الحيوانات البشرية تتأثر- شأنها شأن الحيوانات الأخرى- بالأحداث الخارجية التي تكون خارج سيطرتها، إلا أن البشر- على خلاف الحيوانات الأخرى- كائنات موهوبة"محمّلة" بالمعرفة الذاتية. وأن الدراية بالذات تسمح للكائن البشري بتجاوز دوافعه إلى حيث "يختار" ما يجعله قادراً على تحقيق وجوده، وعن طريق هذا يكون قادراً على تحقيق مصيره. غير انه مع الحرية تأتي المسؤولية في كيفية خلق الإنسان لذاته. فما الوجود إلا نتيجة إختياراتنا الحرة. وهذا يعني أن ما يجعلنا راشدين حقيقين هو تمتعنا بالحرية ومسؤولياتنا تجاه هذه الحرية في نوعية إختياراتنا التي تساعدنا في خلق ذواتنا.

*علم النفس الإنساني:

ينظر علم النفس الإنساني إلى الكائن البشري بتعاطف وإيجابية. وبينما يرى فرويد أن الفرد مدفوع" بالهو Id" الأناني وغير العقلاني الذي ينبغي أن يكون دائماً خاضعاً لسيطرة القوى الإجتماعية، فإن الإنسانيين يرون أن الفرد إذا ما سمح له أن ينمو ويتطور بحرية فإنه سيصبح كائناً إجتماعياً عقلانياً. فضلاً عن ذلك، فإنه يصبح إنساناً بناء، يسعى ليس لتحقيق حاجاته البيولوجية فحسب، إنما أيضاً لتحقيق إمكانات وقدرات عالية المستوى.

وما تزال الأدبيات الحديثة ترى أن التوجه الإنساني يؤكد إمكانية الفرد على النمو الشخصي، وحريته في اختيار مصيره، وسجاياه أو خصائصه الشخصية (P،10 ، 2000، Santrock). ويتخذ أصحابه موقفاً مضاداً من السلوكية بشكل خاص، ويقولون بأن الفرد

لديه القدرة في السيطرة على حياته، وأنه ليس (العوبة) بيد البيئة. وأن إدراكنا الشخصي أو الذاتي لأنفسنا والعالم أهم بكثير من السلوك بحد ذاته.

ومع أن هناك عدداً من المنظّرين الإنسانيين المشهورين، إلا أن أكثر المؤسسين لعلم النفس الإنساني شهرة وتأثيراً هما كارل روجرز وأبراهام ماسلو.

***روجرز: الكائن العضوي والذات:**

ينظر روجرز إلى السلوك نظرة مختلفة عن نظرة فرويد له، من انه مدفوع بثلاث قوى متعارضة في الشخصية، إذ يرى روجرز أن السلوك مدفوع بقوة واحدة هي النزعة للتحقيق، المتمثلة بالرغبة في المحافظة على النفس وتطويرها، إذ تتضمن، على المستوى الأول دافع المحافظة والبقاء حياً عن طريق الأكل والعيش وتجنب الأخطار. فيما تتضمن على المستوى الأعلى رغبة الفرد في إختيار وتحقيق قدراته. وذلك بتعريض نفسه إلى خبرات جديدة، والسيطرة على مهارات جديدة، وترك الأعمال المضجرة، وممارسة الأعمال التي فيها إثارة ومتعة والتعرف على أشخاص جدد، وما إلى ذلك، ويطلق روجرز على هذه العملية التي بها يستكشف الإنسان قدراته ويعمل على تحقيقها" تحقيق الذات Acualization -Self".

وفي مجرى متابعة تحقيق الذات ينشغل الناس في عملية التقييم أو التثمين (Valuing). فالخبرات التي تدرك على انها تعزز الذات نقيّم على انها جيدة، وتجري متابعتها، أما الخبرات التي تدرك على انها لا تعزز الذات فإنها تقيّم على أنها رديئة وبالتالي يجري تجنبها. وهذا يعني أن الناس يخبرون بشكل مباشر ماهو جيد ولصالحهم. وكما سنرى فإن هذا الإفتراض القائم على أساس أن الإنسان جيد بالفطرة هو عامل مهم في العلاج الروجرزي.

إن ما يجعل الناس يثقون فعلاً بالعملية التقويمية ويعملون ماهو جيد لهم، يعتمد على عاملين متفاعلين يرى فيهما روجرز أنهما يشكلان الوحدتين الأساسيتين للشخصية هما: الكائن العضوي(Organism) والذات(Self). ويعني بالكائن الحي إدراكنا الكلي لخبراتنا، فيما يعني بالذات الصورة التي نحملها عن أنفسنا، وهي مشابهة لما يطلق عليه الآخرون مفهوم الذات(Self-Concept). وأن درجة تحقيق الذات التي نبلغها تتوقف على درجة الإنسجام او التطابق(Congruence) بين الذات والكائن الحي، فإذا كانت صورة الذات مرنة، واسعة، وواقعية بالشكل الذي يسمح للوعي بتقييم كل خبرات الكائن الحي، عندها سنكون في موقع ممتاز للتوحد مع تلك الخبرات ومتابعتها بهدف تعزيزها وإغنائها، ولهذا احتلت الذات موقعاً أساسياً في عملية تحقيق الذات، ومن هنا أيضاً أضفى على توجه

روجرز إسم "نظرية الذات Self- Theory".

ولعل أهم سؤال يطرح هنا، هو: ما المحددات التي تجعل من الذات أن تكون مرنة أو متصلبة، وواقعية أو غير واقعية؟ والجواب على ذلك هو: خبرات الطفولة، فعندما يصبح الأطفال دارين أو عارفين بذواتهم، فإنه يتطور لديهم بشكل تلقائي الحاجة التي أسماها روجرز، الإحترام الإيجابي(Positive Regard). بمعنى الحصول على التعاطف الوجداني والإستحسان من الناس المهمين، لاسيما الوالدين، والأم بشكل أخص خلال مدة الرضاعة(Rogers ،1980).

إن الطفل يدرك عدم إستحسان الأم لسلوكه على انه عدم إستحسان لكل جوانب نفسه(ذاته). وإذا ما حدث ذلك بشكل عام فإن الرضيع يكف عن السعي لتحقيق الذات وينشغل بدلاً عن ذلك بتأمين الإحترام الإيجابي، ومن سياق النمو من الإحترام الإيجابي إلى إحترام الذات الإيجابي تنشأ ظروف الإحترام أو الإحساس بالقيمة(Conditions of Worth). حيث ينمي الطفل من خلالها مفهومه لنفسه ويبدأ بتذويب أو تشرّب إتجاهات الآخرين، وتحديد الخبرات"الجيدة" والأخرى" الرديئة". فإذا كانت ظروف الإحترام معقولة، فإن الطفل يستطيع ان يطور ذات مرنة تكون قادرة على الإستمتاع بخبرات متنوعة، والحكم بصورة مستقلة على نوعية تلك الخبرات ما إذا كانت مفيدة للذات وتعمل على إغنائها وتطورها أم لا.

أما إذا كانت ظروف الإحترام الإيجابي(أي أنماط السلوك التي يستحسنها الوالدان من طفلهما وتلك التي لا يستحسناها وطبيعة تعاملهما معه) قاسية وصارمة وتستبعد جوانب كثيرة من خبرة الكائن العضوي، فإن النتيجة ستكون إعاقة خطيرة لتحقيق الذات.

إن هذا الموقف الأخير- طبقاً لروجرز- هو الذي يشكل مصدر السلوك الشاذ فالمشكلة أساساً هي مشكلة إدراك في المقام الأول، وبالتحديد، إدراك الذات لخبرة الكائن العضوي. فمن جهة، يكون الكائن الحي مدفوعاً بفعل نزوعه الأساسي للتحقيق إلى إدراك البيئة الداخلية والخارجية لكل تنوعاتها. ومن جهة أخرى تحاول الذات التي ضيّق عليها بظروف الإحترام غير الواقعية بترشيح تلك الخبرات التي لا تتماشى مع تلك الظروف. فالطفلة التي قيمت من قبل والديها على انها لطيفة وراغبة في التعلم، ربما ستمضي بقية حياتها وهي تنكر على نفسها أن تكون قد مرت بخبرة الغضب.

إن الطفل الذي يُعاق نموه نحو تحقيق الذات يأخذ وعيه ينكر بعض إدراكاته في ميدان خبرته، أو تحريفها، فينشأ ما يسميه روجرز التنافر أو عدم التطابق بين مفهوم الذات وبعض تجارب الشخص، وهذه الخبرات التي تتنافر مع الذات تشكل مصدر تهديد ونوعاً من انواع القلق، مما يتطلب من الفرد أن يتحصن ضده، وليس من طريقة للوصول إلى ذلك غير إنكار أو تحريف جوانب إدراك الفرد لبعض خبراته، وممارسة الآليات أو الحيل الدفاعية، وجمود إدراكات الفرد. وهذه جميعها تمنع الفرد من أن يعيش ويمارس خبراته بحرية، وتكون النتيجة من ثم هي السلوك الشاذ.

وعلى وفق ما يعتقد روجرز فإن مستوى التكيف أو التوافق النفسي للشخص(درجة سوية) الشخص هي دالة على مدى تنافر أو إنسجام الذات مع الخبرات؟ فالأشخاص الأصحاء نفسياً قادرون على إدراك أنفسهم وبيئاتهم كما هي في الواقع. وهم منفتحون بحرية لكل التجارب، لأن أية واحدة من هذه الخبرات لا تهدد مفهوم الذات لديهم. ولا يوجد جزء من خبراتهم يتطلب التحصين ضده عن طريق الإنكار او التحريف، ولذلك فهم احرار في الإستفادة من كل التجارب في تنمية كل جوانب ذواتهم وتحقيق كل قابلياتهم. أي أنهم أحرار ليحققوا ذواتهم في السير قدماً ليكونوا أشخاصاً متكاملين في أداء مهامهم. أما الأشخاص غير الأسوياء فهم الذين تعرضوا لنقيض ظروف هؤلاء الأسوياء، وأصبحوا يمتلكون نقيض صفاتهم تلك.

***ماسلو:هرم الحاجات:**

بدأ ماسلو، مثل روجرز، بمقدمات منطقية من ان الكائن البشري جيد بطبيعته، وان سلوكه ينبع من دافع أساسي واحد هو السعي نحو تحقيق الذات(Self- Actualization) والمساهمة الخاصة التي قدمها ماسلو لعلم النفس الإنساني هو مفهومه الخاص بهرم الحاجات، الذي بناه نظرياً من أن الإنسان يجب أن يبدأ أولاً بإشباع حاجاته التي تقع في قاعدة الهرم، صعوداً إلى قمته حيث الحاجة إلى تحقيق الذات.

فقد افترض مازلو في نظريته الدافعية سبعة مستويات للحاجات، كل واحدة منها يجب أن تشبع قبل الإنتقال إلى الأخرى التي فوقها. حيث أولاً الحاجات البيولوجية، أي تأمين متطلبات البدن والبقاء، وثانياً حاجات الأمان، أي الحاجة على بيئة مستقرة ومنظمة وقابلة للتنبؤ، وثالثاً، الحاجة إلى الإنتماء والحب، بمعنى العلاقات الدافئة مع الأصدقاء والأسرة، ورابعاً حاجات التقدير، أي سعي الفرد للحصول على إحترام الآخرين ليخلق إرتياحاً داخلياً

بتقديره لذاته، وخامساً الحاجات المعرفية مثل حب الإستطلاع. وسادساً الحاجات الجمالية مثل الرسم والموسيقى. أما المستوى السابع والأخير، فإن الفرد إذا استطاع إشباع هذه الحاجات فإنه سيصل بالنهاية إلى نموه في تحقيق الذات التي تقع في قمة الهرم، حيث هي الهدف النهائي. ويعرفها ماسلو بأنها" عملية تحقيق مستمرة للقدرات والإمكانات والمواهب، وأنها المعرفة المكتملة والقبول التام للطبيعة الأساسية للفرد، وهي إتجاه الشخص الذي يتعاظم باستمرار نحو وحدته وتكامله(Maslow، 1970). هذا يعني أن ماسلو، مثل روجرز ينظر إلى تحقيق الذات على أنها عملية لا يمكن قطعاً أن تكتمل. بل هي عملية نمو مستمر لا تنتهي إلا بنهاية حياة الفرد.

ولكي يتقدم الأطفال بإشباع حاجاتهم تبعاً لتدرجها الهرمي، فإنه يجب منحهم الدفء والقبول في بيئة تساعدهم على إشباع حاجاتهم بمرونة ويسر، بحيث ينتقلون من مستوى إلى مستوى آخر في هرم الحاجات إلى أن يصلوا مرحلة الرشد. عندها يكونون الآن قد بلغوا النقطة التي سينطلقون منها نحو تحقيق الذات.

أما إذا كانت بيئة الأطفال تفتقر إلى الحب، وغير مستقرة، وذات مطالب تفرضها عليهم، عندها سيظلون عندما يبلغون مرحلة الرشد، منشغلين بتحقيق الحاجة إلى تحقيق الذات. ففي سبيل المثال، أن الحاجة غير المشبعة للحب ستحرمنا من تطوير الشعور بتقدير الذات، وعندما يكون تقدير الذات منخفضاً فإن هذا سيجعلنا نقبل بأعمال أو وظائف عادية، ونتهيب من أعمال أو وظائف ذات قيمة أعلى، وبكلمة موجزة إن عدم متابعة تحقيق الذات هي، من وجهة نظر مازلو، ما يطلق عليه السلوك الشاذ(Maslow، 1980).

ويجب الإشارة هنا على أن هذه النظرة التي تقدم بها ماسلو تشكل إضافة فريدة في العلاج النفسي. فما يشغل بال ماسلو ليس السلوك الشاذ بحد ذاته.إنما فشل الفرد في التقدم نحو تحقيق ذاته. ولهذا فإنه يرى بأن علم النفس يجب أن لا يحصر نفسه في معالجة الإضطرابات، أو "إصلاح الإنكساريات"، إنما في أن يساعد الفرد أيضاً على أن يعيش حياة مبدعة. فما يمكن أن يكون الإنسان عليه يجب أن يكون. وهذه النغمة في تحقيق الذات التي يعزف عليها ماسلو وروجرز أيضاً، هي التي تميز دعاة البعد الثالث في علم النفس المعاصر عن الإتجاهات النفسية الأخرى،وبخاصة في مفهومهم للسلوك الشاذ والشخصية غير السوية. فالفرد المضطرب نفسياً طبقاً لماسلو هو ذلك الذي حُرم أو حَرم نفسه من الوصول إلى إشباع أو إكفاء حاجاته الأساسية. فيشعر بالتهديد وإنعدام الأمن والإحترام القليل

للذات، ومادامت هذه الحاجات لا تتحقق إلا من خلال الإتصال بالآخرين، فإن العلاج النفسي ينبغي أن يقوم على الإتصالات الشخصية الإجتماعية الإنسانية.

وبالمثل، فإن روجرز ينظر إلى الأشخاص المضطربين نفسياً أو عقلياً بأنهم يعوزهم التطابق بين مفهومهم لذواتهم وبين خبراتهم، إذ يؤدي عدم التطابق هذا إلى أن يجعل الفرد يحس بأنه مهدد، فيندفع للإستعانة بميكانزمات أو آليات دفاعية متساوقة مع تفكيره الذي يتسم بالتزمت والصرامة. ومثل هذا الفرد يضطر إلى تشويه خبراته من اجل حماية ذاته وليحصل على إحترام إيجابي من الآخرين، وهكذا ركز علماء النفس الإنسانيون في إنسانية الإنسان سواء في أسباب إضطراباته النفسية والعقلية، أو في أساليب علاجها التي ينبغي أن تتم في سياق إنساني.

★علم النفس الوجودي:

ظهر علم النفس الوجودي من الفلسفة الأوروبية الوجودية، ويمكن ان نقول عنه بأنه نتاج ظروف القرن العشرين بما تضمنته من حربين مدمرتين وتطور مدهش في التكنولوجيا، وإهمال للمشاريع الإنسانية، وتحلل أخلاقي في المؤسسات الإجتماعية، واهتزاز القيم والمعتقدات الدينية والأسرية والتقليدية، ومن هنا رأى الوجوديون أن التحدي الأكبر الذي يواجه الكائن البشري في القرن العشرين يتمثل بمسألة التقدير الأعمق لمعنى الوجود البشري. فما جرى في القرن العشرين أن الإنسان أخذ يسعى إلى البحث عن إشباع متطلباته المادية من خلال ما توفره له التكنولوجيا من وسائل الحاجة والترفيه والترف، فانقطعت صلته بالأسرة والمؤسسات الدينية، حيث كان لهذه التنظيمات دورها في توجيه الحياة وإضفاء معنى عليها، وفي ظل وجود المجتمع التكنولوجي اللاأخلاقي، فإن الناس تركوا قيمهم ليحموا انفسهم ضد مطالب تقتضيها المسايرةالإجتماعية. فهم ما عادوا يختارون إنما يسايرون ويفعلون ما يفعله الآخرون. وأن النتيجة المترتبة على عدم قدرة الإنسان على الإختيارهي، كما رأينا، إنكار الذات الحقيقية، وطبقاً للوجوديين فإن هذه الحالة التي يطلقون عليها "الإغتراب" هي نوع من الموت الروحي، حيث ينتاب الفرد فيها الإحساس بعدم معنى الحياة وبالرعب من الموت المحتم.

ونتيجة للأفكار الجريئة التي طرحها الوجوديون، فقد نالوا في السنوات الأخيرة شهرة واسعة، ولمعت بينهم أسماء أصبحت مرموقة في ميدان علم النفس الوجودي: مثل بنزفانكر، بوس، فرانكل، بيرغ، ورولو مي.

★فرانكل: البحث عن المعنى:

كان فكتور فرانكل(Frankl)(1905) من تلامذة فرويد، ولم يستطع، كما استطاع فرويد، أن يهرب من النازيين فأمضى السنوات من(1942 إلى1945) في معسكرات السجون النازية، وكان معه في السجن والداه وأخوه وزوجته الذين ماتوا جميعاً في هذه المعسكرات، ومن هذه الأحداث القاسية والمرعبة وضع فرانكل أساسيات نظريته. فقد لاحظ في هذه المعسكرات أن السجناء الذين كانوا قادرين على العيش نفسياً، ومقاومة اليأس، هم أولئك الذين يوجد في معاناتهم شيء من المعنى الروحي لتجاوز المحنة، فقادت هذه الملاحظة إلى أن يخلص فرانكل لإستنتاج مفاده، أن علم النفس التقليدي بتعامله مع الكائن البشري على أساس بيولوجي فقط وأبعاد نفسية تقليدية، فإنه يلغي أو يتجاهل بعداً مهماً جداً هو الحياة الروحية.

إن هذا التوكيد على المعنى الروحي هو الخاصية الأساسية في نظرية فرانكل الوجودية، وطبقاً لفرانكل، فإن القوة الدافعة الرئيسة لسلوك الإنسان ليست الرغبة في الحصول على المتعة أو القوة، كما يرى المنظور النفسي الدينامي، إنما بالأحرى"الرغبة في المعنى" أي على الكائن البشري في أن يجد السبب أو شيئاً من المنطق لمشكلات وجوده وتعقيدات حياته. ولا يمكن إيجاد هذا المعنى إلا من خلال خبرة وممارسة القيم(Values). وهذه القيم لا يمكن إكتشافها إلا من خلال العمل، وحب الآخرين، والعالم، ومواجهة الفرد لمعاناته الخاصة.

ويجب الإشارة إلى أن فرانكل نظر إلى عملية سعي الإنسان لتحقيق القيم على انها واجب أخلاقي"وبالتالي، فإنه يجب على الإنسان أن لا يسأل عن المعنى من الحياة، إنما بالأحرى يجب أن يدرك بأنه هو الذي يُسأل. بعبارة أخرى، إن كل إنسان هو مستجوب من قبل الحياة، وأنه يستطيع أن يستجيب لها عندما يكون مسؤولاً(101، P، 1962، Frankl). اما أولئك الذين يتجنبون متابعة القيم، فإنهم يتجنبون أيضاً دور المسؤولية الذي أوكلته لهم الحياة الروحية، وبالتالي يبقون عاجزين، ويتعاملون مع المخلوقات البشرية من وجهة نظر العلم. غير أنه من خلال إكتشاف المعنى، سيرتقي الناس فوق أية قوة تحاول أن تسيطر على حياتهم.

وعندما لا يستطيع الناس إكتشاف المعنى، فإنهم سيعيشون خبرة الإحباط الوجودي(Existential Frustration)، التي تعد من وجهة نظر فرانكل المصدر الرئيس

للسلوك الشاذ، ولغرض التعامل مع الإحباط الوجودي فقد ابتكر فرانكل إستراتيجية علاجية أطلق عليها "علاج الفكر Logotherapy" تهدف إلى مخاطبة المشكلات الروحية بمصطلحات فلسفية مناسبة لتلك المشكلات. ويتحدد دور المعالج النفسي بمواجهة المريض بمسؤولياته تجاه وجوده، ومساعدته على متابعة تحقيق القيم المتأصلة في الحياة، وهذا يتطلب أيضاً أن تكون العلاقة بين المعالج والمريض علاقة مودّة يستكشفان من خلالها العالم سوية وتصحيح الإلتواءات الموجودة في توجه المريض نحو الحياة، وتمكينه من أن يبدأ من جديد تحمل المسؤولية في السعي نحو تحقيق المعنى من خلال ممارسة خبرة القيم(1975، Frankl).

★فان دين بيرغ: العالم المعاش:

توضح كتابات المعالج النفسي فان دين بيرغ (1914، Berg) المبدأ الأساس في علم النفس الوجودي: "الوجود- في العالم". وكذلك اللازمة الأخرى التي تقول بأن الناس يمكن فهمهم فقط من خلال التوجه الظواهر. وقد حاول بيرغ (1971- 1974) في كتاباته ان يدفع إلى الأمام بنظريته التاريخية القائمة على أساس الوحدة بين عقل الفرد وبيئته. وبشكل خاص السياق الإجتماعي الحضاري. ومن وجهة نظره، فإن تاريخ الفن، والأدب، والعلم، والربية، والتكنولوجيا، وبإختصار....التعبير البشري، هو دالة التغيرات الديناميةعبر العصور في علاقة الفرد بمحيطه الإجتماعي الحضاري. ويدعي بيرغ بأن هذا ينطبق أيضاً على تاريخ الأمراض النفسية، فالمجتمع بسماحه أو عدم سماحه بالتعبير عن امزجة معينة، فإنه من خلال هذه العملية يعطي الشكل لإستياءاتنا وسخطنا، وهكذا فإن كل مجتمع وفي كل حقبة زمنية، يغذي فينا خصائصه العصابية، ويلمّح بيرغ إلى ملاحظة ذكية هي ضرورة تغيير مصطلح "عصاب Neuroses" إلى مصطلح (Socioses) الذي يعني أن مصدر العصاب هو المجتمع بسياقه الحضاري. ويرى أن المجتمع الغربي قد إتجه في السنوات الأخيرة نحو زيادة التعددية الوظيفية (أي تولي الفرد لوظيفتين أو أكثر في وقت واحد). والتشظي(Fragmentation)، والفردية. بعبارة أخرى، فقدان الروابط بين الجوانب المتنوعة للمجتمع او الجزاء المكونة للمجتمع، وكذلك فقدانه أيضاً بين الفرد والمجتمع. وقد أنعكست هذه العملية، بالمقابل، علىالنفس الإنسانية المعاصرة، حيث نجد أولاً ان"الذات Self" قد تجزأت إلى"ذواتSelves"، وثانياً الإحساس الواضح بالوحدة والعزلة.

ولقد تعززت فرضية بيرغ إلى درجة معينة بما أطلق عليه في الوقت الحاضر "إضطرابات الشخصية النرجسية والشخصية الحدودية" (انظر فصل إضطرابات الشخصية). إذ تتصفهذه الإضطرابات بالإحساس بتشظي الذات وعدم القدرة على تكوين علاقات ثابتة بالآخرين.

وتعد المساهمة الكبيرة لبيرغ في ميدان العلاج النفسي هي وصفه الدقيق للتوجه الظواهري. فلقد أصرّ على ان فهم الناس المضطربين يقتضي أن تحصل أولاً على وصف صادق وأمين "لعالمهم المُعاش"، بما فيه وجهة نظرهم بذواتهم، والموضوعات، والناس في عالمهم، وإنتقالهم من حالةإلى أخرى بمرور الوقت.

★لينج: الذات المزيفة والذات الحقيقية:

إعتمد المعالج النفسي البريطاني لينج (Laing)، قبل بيرغ، على التوجه الظواهري، مع انه قدم نفسه على انه "ظواهري إجتماعي Phenomenologist Social" ويبدو أن الحقيقة المركزية بالنسبة له بخصوص "وجودنا - في العالم- "هي علاقاتنا الشخصية، وأن ما يحدد سلوكنا هو خبرتنا بسلوك أولئك القريبين منا و"أن مهمة الظواهرية الإجماعية هي ربط خبرتي بسلوك الآخرين، وربط خبرة الآخرين بسلوكي، إنها دراسة العلاقة بين خبرة وخبرة، وهي بحق ميدان الخبرة المتبادلة"(17، P، 1970، Laing).

إن الكثير من هذه الخبرة الحادثة على نحو متبادل(Inter Experience) هي، من وجهة نظر لينج، ليست مشهداً جميلاً، فالمفهوم الوجودي للعقل الحديث يراه على انه وحدة نفسية، إذ هناك ذات مزيفة تغطي ذاتاً داخلية حقيقية غير معُبر عنها، وهذا هو التوكيد الجوهري لدى لينج، وهو يضع اللوم في هذا الإنقسام أو الإنشطار على زيف الإتصال الإجتماعي المعاصر، فالأسرة بشكل خاص، تحاصرنا "برسائل مزدوجة وتفرض علينا مشاعر أو أحاسيس جامدة" وخشنة". وتجعلنا نتابع اهدافاً لا معنى لها، وتواصل عدم تشجيع السلوك الأصيل لصالح السلوك التقليدي، بحيث نصل بمرور الزمن إلى مرحلة الرشد ونحن مقطوعين تماماً عن ذواتنا الحقيقية. وإذا كنا نبدو بالظاهر" أسوياء" فإننا- يضيف لينج- في الواقع متلفون نفسياً- " مخلوقات نصف مخبولةHalf- Crazed متكيفة قليلاً أو كثيراً إلى عالم مجنون"(58، P، 1967، Laing).

والسلوك الشاذ، طبقاً له، يشبه السلوك السوي، من حيث هو دالة العلاقات، وهو يدعي في الواقع أن المرض النفسي هو شيء ما يحدث ليس في داخل الشخص، إنما في علاقاته، ولقد انشغل لينج بالفصام كونه اقصى حالات الإضطراب النفسي والعقلي،

وكتب عن الفصام قائلاً:" إن الشيزوفرينيا هي ليست بجانبها الأكبر حالة إضطراب بقدر ماهي إستراتيجية خاصة يبتكرها الشخص لكي يعيش في موقف لا يمكن أن يُعاش"(Laing ،1970 ،P ،115).

وهناك أفراد معينون حين يواجهون ضغوطاً غير عادية في علاقاتهم الشخصية، فإنهم ربما يضمونها أو يوحدونها مع إستعداداتهم البايوكيماوية للإصابة بالفصام، فيجدون انفسهم غير قادرين على الإستمرار بالذات المزيفة التي فرضها المجتمع عليهم (Sedgwick ،1982)، وعليه فإنهم ينسحبون من الواقع ويغطسون في عوالمهم الداخلية الخاصة، وهذه المناورة تسبب لهم ذلك النوع من السلوك فإن هذه الحالة توفر لهم الفرصة للعودة إلى ذواتهم الحقيقية ومعالجة الإنقسام بين الذات الخارجية والذات الداخلية، وهذا يحملهم بعيداً عن" السواء- المزيفين" الذين لم يغطسوا أبداً إلى حيث الذات الحقيقية.

وهكذا يغدو الفصام، طبقاً لوجهة نظره، كفاحاً حقيقياً من أجل سلامة العقل وصحته(Sanity) للوصول إلى عيش أصيل، وطبقاً لهذا التفسير فإن آخر ما يحتاج إليه المجتمع من الفصاميين هو العلاج النفسي التقليدي، أي ذلك النوع من العلاج الذي هدف إلى تدريبهم على إعادة الذات المزيفة إليهم، التي يريدها المجتمع، أما ما يحتاج إليه الفصاميون فهو الإسناد والتعاطف، لجعلهم يواصلون رحلتهم الداخلية مع كل ما تتصف به من عدم تنظيم وسلوك نكوصي.(في البرنامج العلاجي المصمم من قبل لينج وأتباعه، يسمح للمريض بالفصام بالصراخ، وأحياناً يشجع عليه، وكذلك تلطيخ الجدران بالقاذورات، وما على ذلك) ومن خلال المرور بالمراحل النكوصية، يعتقد لينج أن المريض سيعيد الإكتشاف ويتوصل بالتالي إلى مصالحة مع الذات الحقيقية والظهور ثانية إلى الواقع، مع القدرة على الإبداع والسلوك الأصيل، الذي ضحى به في عملية خلق الذات المزيفة.

★موازنة بين الإنسانية والوجودية:

يتضح من العرض السابق أن علم النفس الإنساني وعلم النفس الوجودي يتشابهان كثيراً في إفتراضاتهما الأساسية التي كانت مبررة لأن نجمعهما في منظور واحد هو" المنظورالإنساني- الوجودي". فكلا التوجهين يركزان في العالم كخبرة ممارسة من قبل الفرد، وأهمية القيم الإنسانية، وفردية الناس وتفرداتهم، وقدراتهم على النمو، وحريتهم في إختيار عيشهم ونوعية حياتهم، ومسؤولياتهم إزاء ما يختارون. فضلاً على أن كليهما ينظران إلى السلوك الشاذ على انه لا يمكن إختزاله إلى قوى خارج وعي الإنسان(دوافع بيولوجية أو

تأثيرات بيئية). وكلاهما يفهمان عدم السواء(Abnormality) على انها صعوبة الإرتباط أو العلاقة بالعالم والناس الآخرين. ومع ذلك فإن الإنسانيين يميلون إلى التوكيد على دور تحقيق الذات(Self- Actualization)، بينما يشدد الوجوديون على البحث عن الأصالة، والكفاح من أجل تأسيس قيم خاصة بالفرد والعمل طبقاً لهذه القيم، وهذا الإختلاف في التفسير يقود إلى عدد من الإختلافات الدقيقة بين هذين التوجهين.

أولاً: يركز الإنسانيون في الفرد- أي حاجات كل شخص، وإدراكاته، واهدافه- وأن لا يكون أسير القيم الخارجية. وهم ينظرون إلى أن "داخلInner " الشخص هو الذي ينبغي ان يكون في الإطار المرجعي. أما الوجوديون فهم يصرون بالمقابل على النظر إلى الفرد من داخل سياق الظرف الإنساني، ويحاولون التعامل مع المسائل الأخلاقية والفلسفية الأكبر المتضمنة في تلك العلاقة.

وثانياً: إن الوجوديين، وبسبب إهتمامهم الكبير بمسألة "وجود الفرد- في -عالم" فإنهم يحاولون أن يكونوا دقيقين جداً وصارمين أكثر من الإنسانيين في إستعمالهم للتوجه الظواهري. فالإنسانيون يقصرون مشاركتهم عالم المريض على التعاطف الوجداني معه والإصغاء إلى ما يقوله بمشاركة إنسانية، في حين يحاول الوجوديون إستنباط صورة فعلية لما يبدو عليه العالم بالنسبة للمريض، أي رؤية العالم بكل تفاصيله من موقع المريض نفسه، وهذا يستلزم بالطبع أن يتخلى المعالج النفسي الوجودي عن منظوره للعالم مؤقتاً ليرى كيف يرى مريضه ذلك العالم.

وثالثاً: إن هدف العلاج الإنساني هو تحرير المريض لإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، فمسؤولية الفرد تكون تجاه نفسه فقط. ولأن المنظور الإنساني يفترض أن كل فرد إنساني هو طيب وجيد بطبيعته، فإنه ما من احد سيسبب الأذى للآخرين في مسعاه نحو تحقيق ذاته، أما هدف العلاج النفسي الوجودي فهو باتجاه تطوير الحياة الروحية للمريض ، وهي عملية تتضمن إدراك المريض لمسؤولياته نحو الآخرين ونحو نفسه في تحقيق صورة مشرقة للحياة الإنسانية.

ورابعاً: إن علم النفس الإنساني متفائل جداً. فجميع الإنسانيين يؤكدون الحرية، والأمل، والإمكانية، ويرون انه بالإمكان الوصول إلى تحقيق الذات. اما علماء النفس الوجوديون فهم لا يرون ما يراه الإنسانيون من تحقيق كامل للذات. فالكثير منهم يضع توكيداً كبيراً على الأسى والإحباط الموجود في الحياة الفعلية المتمثلة بتهديد الحرية، وعدم

القدرة على الإختيار، ومشكلة القلق، والرعب من الموت، وما قبول المسؤولية إلا نوع من معاهدة سلام فلسفية مع الظروف الإنسانية التي تهدد الفرد وتمسخه من إنسانيته.

*تأثير المنظور الإنساني الوجودي:

بسبب ان التوجه الإنساني الوجودي قد ظهر حديثاً نسبياً بالضد من التوجهات الموجودة فعلاً، فقد كان له تأثير محدود في النظرية النفسية التقليدية وتطبيقاتها. ومع ذلك فإن بعض المفاهيم الإنسانية والوجودية قد وجدت طريقها نحو المنظورين النفسي الدينامي والسلوكي في علم النفس، ففي السنوات الأخيرة، على سبيل المثال، تخلى الكثير من المنظرين النفسيين الديناميين عن فكرة أن يكون المعالج النفسي مشاركاً محايداً في العلاج، وأخذوا عوضاً عن ذلك يحللون السبل التي يستطيعون من خلالها كأفراد لهم تاريخهم الإنفعالي ووجهات نظرهم الخاصة بالعالم ، أن يؤثروا في مجرى الجلسة العلاجية، وهذه الإنتقالة هي من دون شك حدثت بتأثير المفهوم الإنساني- الوجودي الذي يؤكد على أن تكون العلاقة بين المعالج والمراجع(المريض) قائمة على مشاركة وجدانية حميمة. كما ان الكثير من المعالجين المعاصرين يؤكدون قبول المريض حتى لو تصرف بطريقة مدمرة لذاته.

وربما كان التأثير الأكبر في العلاج الإنساني والوجودي هو تجاوز طريقة العلاج الفردي إلى طريقة العلاج الجمعي، التي أخذت منذ خمسينات القرن الماضي أشكالاً متنوعة سنناقشها في فصل آخر. وقد قامت حركة العلاج الجمعي على إفتراضات إنسانية- وجودية، منها أن العلاقة بين المعالج والمريض يجب أن تكون مشاركة وجودية، لا أن تأخذ نمط التفاعل بين والد وطفل، وأن العلاقات الشخصية المتبادلة، الآن ومستقبلاً يجب أن تكون النقطة المركزية في العلاج، لكي يعمل العلاج على إيقاظ النمو وتغذيته وليس فقط"إصلاح"سوء التكيف.

ولقد سعى الإنسانيون، والوجوديون بشكل خاص، إلى مساعدة الناس على ان يخلقوا حياة لها معنى وتتسم بالأصالة داخل سياق الظروف الإنسانية المادية، وتجاوز تلك الظروف من خلال ممارسة خبرة حالات خاصة من التنوير(Fadiman ،1980).

*موازنة المنظور الإنساني الوجودي بالمنظورات الأخرى:

يختلف المنظور الإنساني- الوجودي عن النموذج الطبي بشكل جوهري، فالإنسانيون، والوجوديون بدرجة ما، يرون بأن الناس انفسهم يجب أن يحكموا هم ما إذا كان سلوكهم

بحاجة إلى التوافق النفسي، فضلاً على أن المنظرين الإنسانيين والوجوديين يعتقدون بأن المريض يجب أن "يعالج" نفسه، فيما يكون دور المعالج أساساً توفير بيئة تستحث على"شفاء- الذات" كما أن النموذج الطبي ينظر أساساً إلى المعايير الحضارية ليقيس على أساسها ما إذا كانت إستجابات الشخص سوية أم شاذة. فإذا ما جرى الحكم عليها بأنها شاذة فإن جهودهم ستتركز في البحث عن الخلل الوظيفي في داخل الشخص المسبب للإضطراب، وليس للمريض إلا الدور الضئيل في العلاج.

وتبدو العلاقة بين المنظورين الإنساني والوجودي، والنفسي الدينامي على جانب من التعقيد، فالكثير من المنظرين الإنسانيين والوجوديين، مثل فرانكل، بدأوا معالجين نفسيين ديناميين واحتفظوا بإفتراضات أساسية معينة من النظرية النفسية الدينامية، وهكذا فإن كلا المنظورين ينظر أن إلى السلوك الشاذ على أنه ناجم من القلق، عندما يتم نكران جانب من الذات، وكلاهما ينظران إلى العلاج على أنه عملية إعادة إكتشاف ذلك الجزء المفقود من الذات، وبإختصار فإن لكليهما توجهاً تبصرياً. ومع ذلك فإن التبصر في العلاج النفسي الدينامي مشروط أساساً بالمعالج، وأن تفسيراته تكون قائمة في الغالب على المواد اللاشعورية المكبوتة عبر التاريخ الماضي للمريض. وعند إظهار هذه المواد الخفية وغير المسموح بها فإن القصد لايكون تمكين المريض على العمل بها، إنما إعادة توجيه المدفوعة بالغريزة، أما التبصر في العلاج الوجودي فإنه يفترض أن يأتي من المريض نفسه كما يستكشف هو عالمه الحاضر(وليس الماضي). يشاركه المعالج في هذا الإستكشاف. كما أن هدف التبصر ليس السيطرة إنما التكامل، أي ملء الأجزاء المفقودة من الذات، التي ينظرون إليها على أنها عقلانية وبناءة بطبيعتها. التي سيكون بمقدورها بعد العلاج مواصلة دافعها الطبيعي نحو تحقيق الذات.

وكما هي الحال مع المنظور النفسي الدينامي، فإن المنظور السلوكي يشبه المنظور الإنساني الوجودي في إعتبارات معينة، فالإنسانيون يرون، كما يرى السلوكيون، بأن التعلم الخاطئ مصدر مهم في السلوك الشاذ كما إن الإنسانيين والوجودين يركزون، كما يفعل السلوكيون، ليس في ماضي الفرد ولكن في حاضره، في جهد يسعى لمساعدة المريض على ان يجد سبلاً أفضل للتعامل مع الحاضر والمستقبل، ولكن بينما ينظر المنظور الإنساني والوجودي إلى أن الناس يمتلكون الحرية، ويركز في العالم الذاتي للمريض، فإن السلوكيين ينظرون إلى الناس على ان سلوكهم محتم أساساً بظروف بيئية مسبقة، ولا

يلجأون إلى الاستدلال من الخبرة الذاتية للمريض، كما ان السلوكيين حذرين جداً من الآراء الفلسفية التي يمتاز بها المنظور الإنساني الوجودي، فالسلوكيون يناقشون- على سبيل المثال- مسألة القيم كما يفعل الوجوديون. ولكن بينما يتكلم الوجوديون عن القيم وكأنها شيء متأصل في الحياة البشرية، فإن السلوكيين يفهمونها على أنها متغيرات معرفية متعلمة.

وأخيراً، فإن المنظورين يختلفان في توجههما العلاجي، فالمنظور الإنساني الوجودي يستعمل التبصر كأداة أساسية في العلاج، بينما يحاول السلوكيون تغير السلوك من خلال تغير الخبرات التعلمية للفرد.

★تقويم المنظور الإنساني الوجودي:

إن النقد الموجه للمنظور الإنساني الوجودي هو أنه ليس علمياً، بل إنه ضد العلم أيضاً. فالمصدر الأساس للمعلومات في العلاج الإنساني، على سبيل المثال، هو ببساطة ما يعتقده المعالج النفسي بخصوص ما يفكر به المريض حول ما يتعلق بحياته. كما ان الوجوديين ببحثهم أو تحقيقاتهم الفلسفية ربما كانوا أقل دقة علمية من الإنسانيين، ويبدو في بعض الحالات أن هذا المنظور يتجاهل بالفعل الدليل أو البيئة العلمية، فطبقاً لما يراه السلوكيون مثلاً، فإن إصرار الإنسانيين والوجوديين على الإرادة الحرة يتعارض بشكل صريح مع نتائج علمية كثيرة. كما أن هناك مسألة أخرى موضع تساؤل هي التوجه الظواهري، إذ كيف يستطيع المعالج أن يتبين ويتفحص أنه يدرك حقيقة العالم الداخلي للمريض؟ وحتى لو تم له ذلك، فهل أن مثل هذا التعاطف له قيمة علاجية حقيقية.

وإزاء هذه التحديات فإن المنظرين الإنسانيين والوجوديين يردون على ذلك بأن الطرائق العلمية التي يطالبهم الآخرون بها هي مستعارة من العلوم الطبيعية، وبالتالي فإنها غير مناسبة لدراسة السلوك البشري (Giorgi، 1970). فهم يرون أن ما يحتاجه علم النفس، وهذا ما يحاولون تأسيسه، هو علم" إنساني"جديد، يأخذ في حسابه مسائل إنسانية أساسية من قبيل:الإرادة، القيم، الأهداف، المعنى، والنمو الشخصي.

ومع كل هذا النقد فإن ما ينبغي أن يشار إليه هنا، هو أن المنظرين الإنسانيين والوجوديين تحدثوا عن مشكلات ذات أهمية قصوى للإنسان بوصفه كائناً بشرياً. وان علم النفس يتحمل التقصير إذا ما تجاهلها. فحرية الإرادة- على سبيل المثال - مفهوم يمكن

ان يكون موضوعاً علمياً فمعظم الناس، بضمنهم العلماء في حياتهم اليومية، يعتقدون بأنهم يمتلكون إرادة حرة، وبالتالي فهم يقلقون بخصوص الإختيارات التي يتخذونها. ويزداد هذا الموضوع أهمية بعد أن أصبح الناس في المجتمع المعاصر يمتلكون حرية أكبر وقيماً صارمة أقل بحيث أصبح موضوع الإختيار يشغل وجود الإنسان كقيمة عليا. وأن إصرار المنظور الإنساني الوجودي على دراسة هذه الموضوعات يُعد فضيلة له فبينما كرست المنظورات الأخرى إهتمامها على "إصلاح" سوء التكيف، فإن علم النفس الإنساني والوجودي ذهبا إلى أبعد من ذلك، حيث مساعدة الناس على إكتشاف أو خلق الإحساس بالمعنى وتحقيق الذات.

المنظور الإجتماعي الحضاري

يفسر المنظور الإجتماعي الحضاري السلوك الشاذ بمصطلحات المجتمع أكثر مما يفسره بمصطلحات النفس الفردية فعلى وفق هذا المنظور يكون المجتمع هو مصدر السلوك الشاذ وسببه، والأكثر من هذا، إن الشخص عندما يبدأ يتصرف بسلوك شاذ، فإن المجتمع يشجع فعلاً هذا السلوك، لأنه يفسد أية محاولة "للشفاء".

ويتضمن هذا المنظور نظريتين مترابطتين، واحدة واضحة المعالم والأخرى أكثر دقة.

***المرض النفسي كنتاج للمرض الإجتماعي:**

ترى النظرية الأولى الواضحة المعالم أن الأمراض النفسية هي نتيجة الأمراض الإجتماعية. فعندما نشخص فرداً على انه مضطرب نفسياً، فإن هذه الإضطرابات الفردية ليست أكثر من مجرد أعراض الإضطرابات عامة في المجتمع. فالأوضاع الإقتصادية في السنوات الأخيرة تقدم بيانات على صحة هذا الإفتراض. حيث أشارت التقارير انه كلما ارتفعت البطالة كلما زاد عدد المراجعين للمستشفيات العقلية، وحالات الإنتحار، وحالات الموت الناتجة عن الضغوط النفسية مثل أمراض القلب والكبد، التي ارتفعت إلى مستوى الدلالة الإحصائية (Pines ، 1982).

ولقد أشار المنظرون الإجتماعيون الحضاريون أيضاً إلى العديد من الأمور غير العادلة في المجتمع من قبيل الفقر، والتمييز ضد الأقليات، والمرأة، وإنعدام وجود احترام أو دور يليق بالمسنين، فضلاً على العديد من حالات التحريض الحضاري والإستفزاز النفسي، ولهذه الأسباب وأسباب أخرى، فإنه من غير المدهش- كما يرى هؤلاء المنظرون- إذا ما تصرف فقير، أو غير متعلم، أو عاطل، أو مراهق بشكل شاذ أو "قاس"، أو إذا ما انزوت إمرأة وحيدة بعمر الثمانين ووقعت أسيرة الكآبة. وغالباً فإنه ليس من المجدي أن نشغل أنفسنا في البحث

عن أسباب الإضطرابات النفسية في داخل من يعاني منها. فالأسباب إجتماعية وهي مكشوفة وواضحة، فالإضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد ماهو إلا إنعكاس للمشكلات الإجتماعية بمداها الواسع.

***المرض النفسي كمؤسسة إجتماعية:**

ترى النظرية الإجتماعية الحضارية الثانية أن ما ندعوه بالشذوذ النفسي هو شيء من صنع الإنسان، أو إبتداع إصطناعي، خلقته طرائقنا المقبولة حضارياً في أن نضفي هذا المصطلح"الشذوذ" على الأفراد الذين يقفون بالضد من معاييرنا الإجتماعية. وكما رأينا في فصل سابق فإن تعريف السلوك الشاذ يعتمد على مفاهيم المجتمع لذلك التعريف. وعلى أساس هذه الحقيقة تستقر النظرية الإجتماعية الحضارية، ويدعّي المناصرون لهذه النظرية إننا عندما نصف شخص ما بانه مريض عقلياً. فإن هذا لا يكون بسبب مرض فعلي موجود في سلوكه، إنما بسبب أن هذا الشخص تصرف بعنف ضد معاييرنا الإجتماعية، وهو موقف لا يمكن للمجتمع أن يتسامح فيه، وبالتالي فإنه ينعت هذا الشخص وأمثاله بأنهم "مرضى" ويخضعهم للعلاج. ويرى ساز(Szaz) (1961) أن المرض العقلي هو خرافة مرض بقدر ماهو" مشكلات عيش".ليس إلا. وإننا لا نعرف كيف نتعامل مع الناس الذين لديهم مشكلات عيش.والأكثر من هذا إننا ندركهم على أنهم يشكلون تهديداً للبناء الإجتماعي، وعليه فإننا نقول عنهم أنهم مرضى، كحلٍ يساعدنا على إنكار التصديق أو التسليم بأن لديهم مشكلات. أما إذا كان المنحرف خطراً بدرجة ما فإننا نفتح باب مستشفى الأمراض العقلية لنودعه فيه بعيداً عن المجتمع.

***عملية المسميات:**

أثارت هذه النظرية شيئاً من الإهتمام بخصوص تلك العملية التي نصف أو ننعت من خلالها الناس على أنهم مرضى عقلياً. فكيف اختار المجتمع أن يصف المنحرفين على انهم مرضى؟ وكيف قبل الناس هذا الوصف أو المسمّى؟.

لقد ناقش هذا الموضوع بشيء من العمق واحد من المنظرين المعروفين هو توماس شيف(Scheff)(1975). إذ اتفق مع ساز على أن"المرض العقلي" هو ببساطة، الناس الذين يوصفون بهذا المسمّى. وكان تحليله لعملية المسميات هذه كالآتي:-

إن السلوك المنحرف مهما كانت أسبابه، هو حالة شائعة غير أن المجتمع ينظر إلى الكثير من أنماط السلوك المنحرف على أنها عابرة، أو أنه يتجاهلها، ومع ذلك فإن انماطاً

معينة من الإنحراف، تجلب لسبب أو آخر، إنتباه المؤسسة الصحية العقلية، فتشخصها على انها "إضطرابات عقلية". وعندما يضفي الإسم بهذه الطريقة، فإن الفرد سيوضع في "دور إجتماعي Social Role" هو الشخص" المريض عقليا"، وبالتالي فإن هذا الشخص سيقبل هذا الدور شأنه في ذلك شأن اي دور إجتماعي آخر(مثل: المعلم، الطالب، المحامي، الزوج، الزوجة......) والمجتمع يمنح مكافآت قوية لذلك السلوك الذي ينسجم مع الدور، وعقوبات قوية لذلك السلوك الذي لا ينسجم مع الدور. فعلى سبيل المثال، إذا حاول شخص كان ينعت في السابق على انه "مريض عقلياً" أن يدخل عالم "الأصحاء" فإنه سيقابل بالرفض من المؤسسات التي يطرق أبوابها للعمل، فضلاً على ان الناس الذين يعرفون ماضيه سيرمقونه بنظرات لها معناها، وهذا يعني أن المكافآت التي يطرحها المجتمع للناس "الأصحاء" سيحرم منها، اما إذا قبل الإستمرار بدور المريض عقلياً فإنه سيتوفر امامه عدد من المكافآت :الإنتباه، التعاطف الوجداني، وحياة متحررة من المسؤوليات. وهكذا وطبقاً إلى ما يراه شيف، فإن معظم الأفراد الذين يشخصون على أنهم مرضى عقلياً يعودون إلى تلبس دور المريض عقلياً، وأداء متطلبات هذا الدور المتمثلة بالخبل او غرابة الأطوار أو الإنحراف والشذوذ. وباختصار فإن النعت أو المسمّى او العنوان(Label) سيصبح دالة تحقيق الذات. كما يراها من نصفه بأنه مريض عقلياً لكي يحصل على المكافآت . وفي الواقع فإنه ما من أحد يجادل بخصوص ان الظروف الإجتماعية الإقتصادية تفعل فعلها وتساهم في إحداث الإضطرابات النفسية. غير أن المنضوين تحت هذا المنظور يؤكدون أن هذه الظروف هي السبب في إحداث هذه الإضطرابات، فيما يرى منظرون آخرون وجود عوامل أقوى تتمثل بالخلل الوظيفي والصراعات الأسرية.

خلاصة

إستجابة للمشكلات الروحية التي شهدتها الحياة البشرية في منتصف القرن العشرين، وكردّ فعل تجاه الحتمية التي جاءت بها النظريتان النفسية الدينامية والسلوكية. فقد ظهر علم النفس الإنساني والوجودي بمنظور متفرد ينظر إلى الوجود الإنساني نظرة ديناميكية بعيدة عن الميكانزمية. وبالرغم من اختلاف الإنسانيين والوجوديين بشأن مسائل معينة، فإن كلا المنظورين يشتركان في توكيد فردية الكائن البشري، وقدرته على النمو، وحريته في ان يختار مصيره بنفسه، ومسؤوليته عن قراراته الشخصية.

وينظر علم النفس الإنساني إلى الكائن البشري على أنه طيب بطبيعته، وعقلاني، وإجتماعي. وطبقاً لهذه الفلسفة فإن الدافعية الأساسية في الحياة البشرية تتمثل بدافع التحرك نحو تحقيق الذات، وإستثمار الفرد لقدراته. أما السلوك الشاذ فإنه ينتج من حجز أو إعاقة التقدم نحو تحقيق الذات، سواء بسبب عدم التطابق بين خبرات الفرد وصورة الذات(نظرية روجرز) أو بسبب فشل الفرد في إشباع حاجاته الإساسية(نظرية مازلو) فالشخصية السليمة، على وفق هذين المنظّرين، لا تعرف بخلوها من المرض النفسي، بل بالأحرى أن تتصف بالإنفتاح على الخبرة والتحديات التي تقود إلى تحقيق الذات.

أما علم النفس الوجودي فإنه يشدد على مفهوم"الوجود - في- العالم- ".أي العلاقة او الرابطة الوثيقة بين الفرد وعالمه، وحالة التفاعل المستديمة مع الآخرين، وكذلك الكفاح من اجل العيش بأصالة، أي أن يعيش الفرد على وفق مبادئه بمواجهة مطالب الآخرين، فضلاً عن حاضر الفرد ومستقبله. إذ يرى فرانكل أن البحث عن المعنى في الحياة هو جوهر الشخصية السليمة، وهذه مهمة كفاح تستغرق الحياة بطولها. وأن أولئك الذين يتجنبونها تكون نهايتهم الإحساس بالعجز والإحباط. وأوضح فرانكل بأن الإحباط الوجودي هو المصدر الرئيس للسلوك الشاذ.

ويشارك كل من بيرغ ولانج وجهة نظر فرانكل، غير ان لانج يذهب إلى أبعد من ذلك مؤكداً أن المجتمع هو الذي يسبب المرض النفسي بإخبار الناس على تطوير ذوات مزيفة وإنكار الذوات الحقيقية.

وبالرغم من التشابه الكبير بينهما الذي يسمح بتوحيدهما في منظور واحد فإنه توجد بينهما إختلافات معينة، إذ يضع علم النفس الإنساني توكيداً كبيراً على الفرد، وإشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، فيما يركز علم النفس الوجودي أكثر في العلاقات التي تربط الفرد بمحيطه الإنساني بشكل عام، ومسألة المسؤولية الفردية.

ولقد احدث المنظور الإنساني- الوجودي تأثيره في المنظورين النفسي الدينامي والسلوكي بطرائق متعددة، لاسيما في ميدان العلاج النفسي والعلاج الجمعي. وبالرغم من النقد الذي وجه لهذا المنظور، فإنه يعزى إليه التركيز في الكثير من الموضوعات الإنسانية المهمة، والتشديد على الجوانب الإيجابية في علم النفس الإنساني.

وقد تطرقنا اخيراً إلى المنظور الاجتماعي الحضاري الذي يرى أن الأمراض في المجتمع هي التي تسبب السلوك الشاذ لدى الأفراد، وأن السلوك الذي نطلق عليه ونعنونه بأنه"شاذ" هو في الغالب ليس مرضاً إنما مجرد عنف ضد المعايير الإجتماعية وأن المجتمع يلصق عنوان

أو إسم "مريض" على اولئك الذين يكسرون او يتجاوزون معايير إجتماعية معينة

إيضاح

التوجهات النظرية في علم النفس Approaches to Psychology

★التوجه النفس الدينامي Psychodynamic

بداه فرويد بعدد من النظريات بشان النمو النفسي الجنسي للإنسان، وبطريقة علاج أطلق عليها(التحليل النفسي). قسّم العقل إلى ثلاثة مستويات من الوعي : الشعور، ما قبل الشعور، واللاشعور. وافترض ثلاثة مكونات للشخصية: الأنا، الأنا الأعلى، والهو، وحدد خمس مراحل للنمو النفسي الجنسي، وان التثبيت (Fixation) على واحدة منها (في الطفولة) يؤثر في الشخصية عند الرشد.

★التوجه الحياتي الدينامي Psychodynamic

تنضوي تحته ثلاث نظريات:

1.التركيبية: تعزو الإضطرابات العقلية إلى شذوذ في تركيبة الدماغ.

2.البيوكيماوية: وتعزوها إلى عدم التوازن فيب الهرمونات أو ضعف وظيفي في الناقلات العصبية.

3. الوراثية: تعزوها إلى خلل في الجينات.

ويعّد فرويد أول من وضع نظرية منظمة في الشخصية، وابتكر طريقة في العلاج ظلت شائعة لأكثر من ثمانين سنة، ومع ذلك فهناك من يرى أن توجه فرويد ليس علمياً، بسبب أن معظم مفاهيمه وأفكاره لا يمكن إختبارها. ومع أن التحليل النفسي يعّد فعالاً في العلاج، فإنه لا يعرف إلا القليل عن هذه الفاعلية.

★التوجه السلوكي(Behaviourism):

يرى السلوكيون وجوب أن يتحدد علم النفس بدراسة السلوك حصراً، بإعتماد وحدة تحليل إرتباط(التنبيه- الإستجابة). ويعد التعلم(Learning) المفهوم الرئيس لديه الذي يمكن دراسته في ضوء مبادئ الإشراط، وتحدد وجوب دراسة السلوك في ظروف مسيطر عليها. لضمان دقة الملاحظة والموضوعية، بهدف الإرتقاء بعلم النفس إلى مستوى يوازي العلوم الطبيعية.

ومع ان السلوكية حققت نجاحاً كبيراً (أعمال سكنر بشكل خاص) لاسيما في العلاج السلوكي، والتعديل التنظيمي للسلوك، والتعليم المبرمج، إلا أن العديد من علماء النفس وقف بالضد منها لأنها أنكرت أو تجاهلت تأثير العوامل الخارجية (دوافع، إنفعالات...) في السلوك.

★التوجه الإنساني(Humanist):

يركز في الإرادة الحرة، والمسؤولية الشخصية، وكفاح الفرد من اجل الإنجاز والنمو الشخصي. ويعتمد على الظواهرية(Phenomenology) بوصفها تقنية أو أسلوب لفهم السلوك.

أبرز ما يمثله، ماسلو(Maslow) بنظريته الدافعية وهرم الحاجات السبع: الفسيولوجية، الأمن، الحب، الإنتماء، الإحترام والتقدير، المعرفة، الجمال، وتحقيق الذات، وكذلك روجرز ونظريته في الذات وتمييزه بين مفهوم الذات(Self-Concept) والذات المثالية(Ideal – Self)، فضلاً على إبتكاره لنظرية العلاج المتمركز على المراجع، التي أدت إلى إنحسار طريقة فرويد في الإرشاد النفسي، ومع ذلك فإن التوجه الإنساني، بالرغم من كونه شمولياً، يعاني أيضاً من نفس علة التوجه الفرويدي، بكونه غير دقيق علمياً، وأنه يركز في الدراسة الشعورية للإنسان(الوعي)، ويقلل من تأثير البيئة في الفرد.

★التوجه المعرفي(Cognitive):

يفترض وجود نظام لمعالجة المعلومات يقوم بتغير المعلومة وتحويلها ويهدف في بحثه تحديد البنى(Structures) والعمليات العقلية التي تقف وراء الأداء أو الإنجاز المعرفي، ومحور إهتمامه يدور حول الكيفية التي بها يركب أو يبني الناس خبراتهم، وكيف يضفون المعنى عليها بتحويل التنبيه البيئي إلى معلومات قابلة للإستعمال، وأن ما يميز إنساناً عن آخر هو نوعية أفكاره ما إذا كانت عقلانية أم غير عقلانية.

وتركز النظريات المعرفية في انظمة المعتقدات وطرائق التفكير بوصفها أسباباً للسلوك الشاذ، فيما يركز العلاج المعرفي في تغيير أنماط التفكير غير التكيفية maladaptive، وهنالك أربعة فروع(أجنحة) في علم النفس المعرفي: علم النفس المعرفي التجريبي، علم المعرفة (Cognitive Science)، علم النفس العصبي المعرفي، وعلم الأعصاب المعرفي.

★التوجه الإنتقائي(Eclectic):

يؤكد على دمج المعلومات ذات العلاقة من العلوم الأخرى (مثل: الفسلجة، والكيمياء الحياتية) بالنظريات النفسية مثال: الفصام، إذ يمكن عزو أسبابه إلى عوامل جينية، وبايو كيمائية، وعصبية فسلجية، وعلاقات إجتماعية.

غير أن المشكلة الرئيسة في هذا التوجه، هي انه من الصعب جداً جمع معلومات من توجهات نظرية مختلفة، وصياغتها بنظرية قائمة بذاتها.

المنظور الإجتماعي الثقافي:Socialcultural Perspective

ظهر هذا المنظور أو المنحنى(Approach) في السنوات الأخيرة، وكما هو الحال مع نظرية التعلم، فإنه يقوم على إفتراض: أن شخصياتنا ومعتقداتنا وإتجاهنا، ومهاراتنا، هي متعلقة(مكتسبة) من الآخرين، ويرى بأن من المستحيل أن تفهم الشخص بشكل كامل من دون فهم ثقافته أو حضارته(Culture) وهويته العرقية(Ethnic Identity) وهوية نوعه(Gender Identity) وعوامل إجتماعية وثقافية اخرى مهمة، اي انه ينظر إلى هذه العوامل على أنها أساسية من اجل فهم السلوك، والتفكير، والإنفعال، وينظر للثقافة(Culture) على أنها انماط السلوك، والمعتقدات، ونتاجات أخرى لجماعة معينة من الناس من قبيل: القيم، والموسيقى، والملابس، والإحتفالات، التي تنتقل من جيل إلى آخر. والجماعة يمكن أن تكون كبيرة ومعقدة كما هي الحال في امريكا، ويمكن أن تكون صغيرة مثل قبيلة في إفريقيا، وبغض النظر عن حجم الجماعة فإن ثقافتها تؤثر في الهوية، والتعلم، والسلوك الإجتماعي لأفرادها، أما الهوية العرقية، فيقصد بها إحساس الشخص بالإنتماء لمجموعة عرقية معينة. وتكون قائمة على الموروث الثقافي(الحضاري). والخصائص الوطنية، والرس(Race)، والدين، واللغة.

والمفهوم الثالث(بعد الثقافة والهوية العرقية) هو هوية النوع(الجندر)، ويقصد بها نظرة الفرد لنفسه بوصفه ذكراً أو أنثى أو البعد الإجتماعي الحضاري لكل من الذكر والأنثى فضلاً على ذلك فإنه يأخذ بنظر الإعتبار النسبية الثقافية، ذلك أن كل ثقافة(حضارة) في العالم تنظر إلى الثقافات (الحضارات) الأخرى كما لو كانت أدنى منها، اما هذا المنظور فإنه يشجع على النظر إلى الثقافات المختلفة بمعيار نسبي يتضمن الإحترام لا بمعيار قطعي يتضمن التفضيل، بمعنى أن الثقافات المختلفة، والجماعات العرقية. والجندرية، والتوجهات الجنسية، هي ببساطة أشكال مختلفة لا يصح أن ننظر لها بصيغة الأفضل والأدنى، ونستدل من ذلك على أن هذا المنظور يشجعنا على أن ننظر إلى الإختلافات بين الأفراد في عالمنا المتنوع على أنها مصدر غني لأفكار جديدة وطرائق متنوعة في التعامل مع متطلبات الحياة البشرية، ويدعو هذا المنظور إلى التركيز في المجتمع بوصفه مصدراً للإعتلال أو المرض النفسي (Psychopathology) الذي يصيب عدداً من أفراده بأنه هو الذي يخلق الضغوط لهم، ويجعلهم بمواجهتها، الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم بالإضطرابات النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية.

المصادر

◆صالح ، قاسم حسين، الإنسان...من هو؟، وزارة الثقافة والإعلام، دار الحرية، 1984.
-Potzin, R. R. & Acocella, J.R. Abnormal Psychology. Current Perspectives. Random House, New York,1984.
-Davison,G.C. & Neal, J.M. Abnormal Psychology. An Experimental Clinical Approach. John Wiley, New York, 1982.
-Fadiman, J. The transpersonal stance, In: M. J. Mahoney, ed Psychitherapy Process: Current Issues and Future Directions, Plenum. 1980
-Frankl, V.F. Mans search for meaning. Boston, Beacon Press, 1962.
-The unconscious god. Psychotherapy and Theology. New York, Simon and Schuster, 1975.
-Giorgi,A. Psychology as a human science, A. Phenomenologically based approach. New York: Harper and Row, 1970.
-Helgin,R. R. & Whitbourne, Abnormal Psycgology. McGraw-Hall (2003).
-Kottak, C. P. Cultural Anthropology.McGraw-hill, 2002.
-Lahey,B. B. Psycholoy.McGraw-hill, 2001.
-Laing,R. D. Is Schizophrenia adisease? International Journal of Social Psychietry, 1964, 10, 184-193.
-The Politics of experience.New York: Pantheon, 1967.
-Mahon,M.J. Abnormal Psycholohy, Harper and Row. 1980.
-Maslow, A.H.Toward a Psychology of Being, 2nd ed. New York: Vannostrand Rein hold Company,1968.
-Motivation and Personality. 2nd ed, New York: Harper. 1970.
-May, R. Love and Will. New York: Norton. 1959.
-Nolen-Hoeksema, R. Abnormal Psychology, 2002.
-Pines, M. Infant-Stim, Its changing the lives handicapped kids. Psychology Today, June, 1982, 4852.
-Scheff, T. J.Labeling madness, Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall, 1975.
-Szasz, T. S. The myth of mental ilness. New York: Harper & Row, 1961.
-Psychiatric slavery. New York: Free Press, 1977.
-Weiten, W. Psychology. Thomson, sixth edition, 2004.

النظريات المفسرة لأسباب الإضطرابات العقلية

أولاً/ النظريات البيولوجية وهي:

1-النظريات التركيبية: الإضطرابات العقلية ناجمة عن شذوذ في تركيبة الدماغ.

2-النظريات البيوكيماوية :الإضطرابات العقلية ناجمة عن عدم التوازن في الناقلات العصبية،او الهرمونات، أو ضعف وظيفي في المستقبلات العصبية.

3-النظريات الوراثية :الإضطربات العقلية ناجمة عن خلل في الجينات .

ثانياً/النظريات النفسية وهي:

1-النظريات النفسية الدينامية :أعراض الإضطرابات العقلية ناجمة عن صراعات لاشعورية بين رغبات بدائية وموانع لا تسمح لها بأن تشبع او تتحقق.

2-النظريات السلوكية: أعراض الإضطرابات العقلية ناجمة عن معززات وعقوبات لأنواع محددة من السلوك والمشاعر يحصل عليها الفرد من بيئته.

3-النظرية المعرفية: الطرائق التي يستعملها الناس في تفسير المواقف، وإفتراضاتهم بخصوص العالم وبخصوص مفهومهم لذواتهم، يمكن أن تسبب لهم مشاعر وسلوكاً سلبياً.

4-النظرية الإنسانية: تنشأ الإضطرابات العقلية عندما لا يستطيع الناس تحقيق قيمهم الخاصة وإستثمار إمكاناتهم الشخصية، ويشعرون بأنه يجب عليهم مسايرة مطالب الآخرين.

ثالثاً/النظريات الإجتماعية الثقافية وهي:

1-نظريات العلاقات الشخصية: الإضطرابات العقلية هي نتيجة انماط سلبية في العلاقات البينشخصية،تضرب بجذورها في الخبرات المبكرة الناجمة عن علاقة الطفل بالمسؤولين عن رعايته.

2-النظريات الأسرية: الإضطرابات العقلية ناجمة عن نظام اسري يخلق هذه الإضطرابات ويديمها لدى أفراد الأسرة، ليحفظ التوازن فيما بينهم.

3-النظريات الإجتماعية: الثقافية المجتمعات هي التي تخلق الإضطرابات العقلية في افرادها بتعريضهم إلى ضغوط لا يمكن تحملها، وعقوبات تفرضها على السلوك الشاذ

الفصل الثامن

القلق النفسي

طبيعته، أبعاده، طرائقه علاجه

مامن أحد منا لم يخبر القلق، فهو حالة من حالات الوجود الإنساني، وكل واحد يتذكر فترات ارتبطت بحالات قلق معتدل او ربما حاد، فهو تجربة إنسانية شاملة، وأحياناً تكون ضرورية، فكما وصفه احد الباحثين:"إننا من دون القلق ربما سننام جميعاً في اماكننا". كما اننا قد نعرض أنفسنا إلى مشكلة أو خطر حقيقي. وأن القلق هو الذي ينبهنا على ذلك، وهو الذي يجعلنا نراجع الطبيب ونتحسب لأمورنا الحياتية، وبهذه المعاني يكون القلق إستجابة تكيفية، وضرورية للتكامل النفسي، ما دام يخدم أغراضاً مهمة في حياة الإنسان، اهمها: أن يعيش عمراً أطول. فهو يمكن الفرد من الإنتباه للخطر قبل وقوعه فيبعده بمجابهته او تفاديه، وهو يدفعه إلى الحرص على صحته باتقاء المرض، والحرص على مستقبله بالعمل، وهو الذي يجعله يتحمل المسؤولية إزاء نفسه وأسرته ومجتمعه ويصعب علينا أن نتصور عالماً بشرياً خالياً تماماً من الإحساس بالقلق.

ولكن بينما يشعر معظم الناس بالقلق لبعض الوقت، فإن بعض الناس يشعرون بالقلق لمعظم الوقت، ولهؤلاء لا يكون القلق إستجابة تكيفية، فالناس- يختلفون في مواقعهم على متصل القلق الذي يتدرج من حالاته الخفيفة إلى حالاته الحادة، وهذا يعني أننا نختلف في خبرتنا بالقلق من حيث الدرجة لا من حيث النوع، كما أننا نتفاوت في قدرتنا على تحمل القلق، وفي مدى إستفادتنا منه، فبعضنا قد يزيد القلق من فعاليته وإنتاجيته، وبعضنا قد يؤثر القلق على سلوكه وسبل تصريفه لحاجاته الحياتية والنفسية.

وعموماً يمكن القول بان القلق يصبح مشكلة لصاحبه في توفر الشروط الآتية:-

1.عندما يكون حالة مستديمة أو مزمنة(أي أسلوب حياة وليس حالة وقتية أو خبرة طارئة).

2.عندما يؤثر فسلجياً في الصحة، ويصبح مصدراً لإنهيارها.

3.عندما يرتبط بموضوع، أو أداء، أو موقف يجلب له الألم.

4.عندما يرتبط بأنماط سلوكية تعد منحرفة أو غير تكيفية(مثل: الإرتعاشات العصبية، الاعمال القسرية.....).

5ـعندما يكون مصدر تعاسة(مثال: لا يدفع الفرد للبحث عن مساعدة متخصص).

٭القلق والعصاب:

يمثل القلق النفسي(Anxiety) واحداً من الموضوعات التي شغلت إهتمام الأطباء النفسانيين من حيث تصنيفه. وربما كان اكثرها عرضة للتغيير التصنيفي، وله تاريخ بعيد، ففي القرن الثامن عشر اقترح الطبيب النفسي الاسكتلندي كولن (Cullen) مصطلح العصاب(Neurosis) على أعراض القلق والإضطرابات الجسمية وإضرابات التفكك (Dissociative Disorders). وقد رأى كولن أن العصاب إضطراب عضوي سببه خلل عام في الجهاز العصبي يؤدي إلى تصرفات" عصبية Nervous" غريبة أو شاذة.

وخلال القرن التاسع عشر كان ينظر إلى الأفراد "المخبولين" من غير الذين يتصفون بتصرفات سلوكية دفاعية صارمة، على انهم"عصابيون" واعتقد بأنهم ضحايا لاختلالات عصبية(نيورولوجية) غير محددة. ومع بداية القرن العشرين، أخذت وجهة النظر الطبية العضوية بخصوص العصاب تتغير تدريجياً لتحل محلها وجهة نظر فرويد النفسية العضوية، فقد أبقى فرويد على المصطلح ولكنه غيَّر في تفسيره. إذ نظر إلى العصاب على انه ليس ناجماً عن أسباب عضوية، بل عن شيء نفسي هو القلق. فعندما تهدد الذكريات والرغبات المكبوتة بالظهور من مستوى اللاشعور إلى مستوى الشعور، فإن القلق يحصل ليكون" إشارة إنذار" إلى الأنا. وما السلوك العصابي إلا تعبير عن القلق أو دفاع ضده.

ولقد تم قبول هذه النظرية بشكل واسع، واعتمدت أساساً في تصنيف العصاب في معظم تصانيف الطب النفسي، ففي سبيل المثال اعتمد التصنيف الطبي الأمريكي بصورته الثانية(DSM-II) العصاب كصنف مرضي وعرّفه بأن" القلق هو الخاصية الأساسية التي تميز العصاب. وقد يتم التعبير عنه بشكل مباشر، أو عن طريق الأليات أو الحيل الدفاعية النفسية". أي أنه بهذا المعنى يكون قد اعتمد وجهة نظر فرويد.

كما أن التصنيف البريطاني للأمراض بصورته الثامنة(ICD-8) ميز بين ثلاثة أصناف من الإضطرابات العقلية هي: الذهان، والعصاب، والتخلف العقلي.

واعتمد العامل الأساس في التفريق بين الشخص العصابي والشخص الذهاني هو وجود القلق. فالمصاب بالذهان يعاني من إضطرابات نفسية حادة تقطع صلته أو تكاد بالعالم الخارجي. في حين يبقى الفرد العصابي مدركاً لحالته وعالمه. غير أنه يعاني من التوتر وعدم

الإرتياح، ويشعر بالأسى أنه بعيد عن نيل الحياة التي يرغب فيها، واشبه ما يكون بذلك الذي يبني قصوراً خيالية في الهواء، فيما يذهب الذهاني إلى أبعد من ذلك. هو التصديق بوجود هذه القصور الخيالية والعيش بداخلها.

وبالتأكيد أن مهمة المعالج النفسي تكون أسهل مع الذي يبني قصوراً في الهواء، ويعرف انها خيالية، وأصعب مع الذي يصدق بتلك القصور ويصدق أنه يعيش فيها.

وفي السنوات الأخيرة ظهر اتجاه معارض لوجهة النظر في العصاب كمصطلح وكمفهوم أيضاً. لا سيما من قبل السلوكيين،وكان النقد الأساس الموجه هو أن القلق يمكن ملاحظته في حالات قليلة جداً بين أولئك الذين يطلق عليهم انهم مصابون"بالعصاب". كما انه قائم على أساس الإستدلال وليس على حقيقة تمت ملاحظتها. ولهذا رأى عدد من علماء النفس (مثلاًUllman و Krasner 1975) أن النظام التصنيفي الثابت يجب أن لا يكون قائماً على الإستدلال او الإستنتاج، ما دام هذا الإستدلال او الإستنتاج يمكن أن يختلف من منظور إلى منظور آخر.

وهناك إعتراضات أخرى بينها أن القلق يصعب قياسه بدقة. بمعنى أنه حالة ذاتية (و) حالة من الإثارة الفسلجية(و) حالة من الإضطراب الذهني أو المعرفي. وأن قياس هذه الحالات المختلفة، بهذه الأبعاد المتباينة قد لا يكون منسجماً، بل قد يتعارض قياس أحدهما مع قياس الآخر (Lang،1970؛ 1978، Rachman). وبهذا فإننا لا نملك اداة قياس ثابتة للقلق. وأنه من دون هذه الأداة لا يمكننا التمييز الشخصي.

وأخيراً- فإن القلق- وكما اشرنا- ليس مقصوراً على الأشخاص الذين نسميهم "عصابين" فالناس "العاديون" يمكن أن يحسوا بالقلق. وكذلك يحس به بعض المصابين بالذهان، والمكتئبون والمنحرفون جنسياً(1969، Nathan). وهذه الشمولية تجعل من الصعب إستعمال معيار تشخيصي للقلق، فإذا كان الجميع يحس به، فكيف يمكن تمييز العصابي من غير العصابي؟.

في ضوء هذه المشكلات قامت جمعية الطب النفسي الأميركية بمراجعة لتصنيفها بصورته الثانية(DSM-II)، واصدرت في الثمانينيات تصنيفاً جديداً للأمراض بصورته الثالثة(DSM-III) تم في ضوئه إسقاط مصطلح"العصاب Neuroses" من الصورة الثانية،وإستبداله بمصطلح" إضطرابات القلقAnxiety Disorders". وقد يبدو لك أن هذا

التغيير بسيط وسطحي، غير أن له جوانبه التطبيقية المهمة في ميدان الطب النفسي، بل إنه إنتقالة كبيرة على الصعيد النظري أيضاً، "فالعصاب" مصطلح فرويدي قائم على نظرية التحليل النفسي والنظرية النفسية الديناميكية، أما مصطلح "إضطرابات القلق" فإنه يحرر نفسه من المحددات التي كانت مفروضة نظرياً وتقليدياً على مصطلح "العصاب".

ولكي يتضح التبرير النظري والتطبيقي لهذا الإجراء نورد فيما يأتي أنماط "العصاب" كما كانت في التصنيف الطبي النفسي الأميركي بصورته الثانية الصادرة عام (DSM-II)(1968).

لقد ورد العصاب كمحور رابع في التصنيف وشمل الأنماط الآتية:-

1.عصاب القلق.
2.العصاب الهستيري(الرحامي).
3.عصاب المخاوف(الفوبيا) أو الرهاب.
4.عصاب الوسواس- القسري.
5.العصاب الإكتئابي.
6.عصاب الوهن العصبي(النوراشينيا) (أي الشكوى من التعب والنحول المزمن).
7.عصاب تجريد الشخصية(أي شعور الفرد باللاواقعية وبالإغتراب من الذات والجسم والمحيط).
8.عصاب المراق (الهايبوكوندريا) (أي إنشغال الفرد بأعمال ووظائف جسمه وتفرغه لأي إضطراب عضوي بشكل وسواسي).

أما في الصورة الثالثة من التصنيف(DSM-III) الذي صدر في عام(1980) فقد جرى رفع مصطلح "العصاب" وحل محله مصطلح "إضطرابات القلق" واقتصر على الأنماط الآتية:-

أ.إضطرابات المخاوف الشاذة(الفوبيا) أو الرهاب.
ب.حالات القلق: إضطراب الفزع، إضطراب القلق العام وإضطراب الوسواس- القهري.
ج.إضطراب الإجهاد(Stress) لما بعد حالات الأذى الجسمي(DSM-III) فيما تجد آخرين يصنفون "إضطرابات القلق"كالآتي:-

1.إضطراب الرهاب "الفوبيا".
2.إضطراب الفزع(Ponic).
3.إضطراب الوسواس- القسري.

4.إضطراب القلق العام.

5.إضطراب القلق النموذجي.

.(Mahoney ،1980 ،P ،265)

ولقد جرى ايضاً تغيير أو حذف في توصيف هذه الإضطرابات سواء من حيث الأعراض أو الأنواع، بعضها إحداث تغيير بسيط، كما في إضطراب الرهاب (الفوبيا) الذي لم يتغير كثيراً في الصورة الثالثة للتصنيف بالمقارنة مع صورته الثانية فيما عدا أن هذا الإضطراب قسم على ثلاثة أنواع هي: (رهاب الأماكن الواسعة والمكشوفة، والرهاب الإجتماعي، والرهاب البسيط).

أما إضطراب الفزع(Panic)، فكما يستدل عليه من اسمه، فإنه يتصف بالقلق الحاد الذي قد يجعل الفرد يرتجف هلعاً، وعندما يستمر لفترات زمنية طويلة، فإنه يتطور ليصبح شاملاً وتعميمياً، أي غير محدد بمصدر أو موقف عين.

ويكاد يكون إضطراب الفزع شائعاً، لا سيما بين النساء، والفرق بين " إضطراب الفزع" و"إضطراب القلق العام" ليس واضحاً تماماً، ففي هذا الأخير يجب أن يستمر نمط القلق ويكون تعميمياً لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وهذا ما قد يكون عاملاً مميزاً.

ولقد عولجت أنماط الوسواس- القسري وظلت متشابهة في الصورتين الثانية والثالثة وكذلك الرابعة من التصنيف. حيث جرى تصنيف هذه الأنماط في الصورة الثالثة على أنها إضطرابات قلق لأن الشخص غالباً ما يصاب بالقلق عندما يحرم أو يمنع من القيام بالفعل القسري. أما إضطرابات القلق النموذجي(Atypical) فهي تلك التي يتوافر فيها القلق، غير أنه لا تنطبق عليها معايير إضطرابات القلق الأخرى.

إن الإنتقال من مصطلح"العصاب" إلى مصطلح" إضطرابات القلق" أثار نقاشاً وجدلاً. وربما ستحدث هناك تغيرات وتعديلات جديدة عندما تصدر الصورة الخامسة المتوقعة في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين.

على أن الرأي الغالب يميل إلى إستبدال مصطلح العصاب بإضطراب القلق، وذلك لحصر أنواع الإضطرابات وتحديد أسمائها، فضلاً عن الدقة في توصيف أعراضها. في سبيل المثال، كان "العصاب الهستيري" من ضمن الأنماط الثمانية للعصاب في الصورة الثانية للتصنيف(DSM-II). بينما وضعه التصنيف بصورته الثالثة(DSM-III) في توصيف مستقل. وبينما يكتنف مصطلح "العصاب" غموض وتشويش بخصوص مسببه المحوري، فإن

مصطلح" إضطرابات القلق" أوضح من حيث انه يعرفها بوجود أو توافر القلق فيها. وستوضح ذلك بإلقاء نظرة أقرب على هذا المفهوم النفسي المهم.

ونشير إلى أن الصورة الرابعة(DSM) الصادرة عام(1994) صنفت إضطرابات القلق على خمسة أنواع هي: الفزع، الرهاب، الوسواس القسري، ضغوط ما بعد الشدة، إضطراب الضغط الحاد.

★طبيعة القلق:

قد يبدو أمراً يثير السخرية أن يكون القلق خبرة إنسانية شاملة مع ذلك لم يتفق الى الآن على تعريف محدد له. فلقد مر زمن تحدث فيه علماء النفس بخصوص القلق وكأنه"مثير" أو "تنبيه"يدفع إلى انماط سلوكية معينة. في حين عدّه آخرون انه" إستجابة" أو"ردة فعل" لضغوط داخلية او خارجية. فيما وصفه آخرون بأنه"شرط Condition" أو حالة. وما يزال آخرون"لا سيما السلوكيون "يتجنبون مصطلح "القلق" بالكامل ويتحدثون فقط عن البيئة. وأحداثها ونتائجها.

ولقد جرى التمييز بين القلق والخوف، حيث الخوف مفهوم أكثر وضوحاً من حيث إمكانية تحديد مصدره. فيما افترض أن القلق نمط أكثر عمومية وشمولاً، وهذا التمييز يشبه إلى حد ما ذلك الذي وضعه سبلبيركر (1975) بين قلق الحالة وقلق السمة، حيث اوضح بأن"القلق هو حالة إنفعالية تتصف بأحاسيس "طارئة" من التوتر والإدراك والعصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) ويختلف قلق الحالة من حيث حدته وحدوثه عبر الزمن كدالة عن الإجهاد الذي يلازم الفرد. أما قلق السمة فيشير إلى فروق فردية مستقرة في نوعية القلق، بمعنى أن الناس يختلفون في إستعدادهم للقلق، أو نزعتهم نحو إدراك مدى واسعاً من المثيرات أو المواقف المهددة (Spielberger ،1975).

وطبقاً لسبيلبيركر فإن الأشخاص الذين يتصفون بارتفاع في قلق السمة يميلون إلى أن ينظروا إلى العلاقات الإجتماعية كمهددات وغالباً ما يتحدثون في شكواهم عن تعاستهم عن هذه المسائل الإجتماعية. أكثر من الأخطار الجسدية. فلو رسمنا منحنيين نظريين يمثلان أشخاصاً يتصفون بقلق سمة عالياً وآخرين بقلق السمة واطئاً، لوجدنا أن القسم القمم في كل واحد منهما تمثل فترات منفصلة وطارئة من قلق الحالة. بمعنى ان كلا النوعين من

الأشخاص الذين يعانون من قلق السمة، يمرون بهذه الخبرات الطارئة، ولكنهم يكونون في الغالب أكثر توتراً وتكراراً وإستمراراً في حالة قلق السمة العالي.

كما توجد هناك بيّنة بان الشخص الذي يعاني من قلق مزمن، لا يكون فقط أكثر شداً في إستجابته للخطر الذي يدركه، وإنما يحتاج أيضاً إلى وقت أطول ليرجع إلى وضعه قبل الإستجابة(Malmo ، 1975).

ويمكن تعريف مصطلح قلق الحالة(State Anxiety) بأنه"الإستجابة الإنفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفاً محدداً على انه خطر عليه شخصياً، أو مخيف، بغض النظر عن وجود أو عدم وجود (شيء) حقيقي يمثل ذلك الخطر".

فيما يمكن تعريف سمة القلق(Trait Anxiety) بأنها" الإختلافات الفردية المستقرة نسبياً بخصوص القلق، الناتجة عن الإستعدادات لإدراك مدى واسعاً من المواقف المثيرة على أنها خطر أو تهديد، والنزعة نحو الإستجابة لها".

وكما أوضحنا في مكان آخر فإن علماء النفس تحدثوا عن القلق كما لو كان إحساساً، أو إستجابة، أو نمطاً نفسياً، أو دافعياً(Motivator) أو سمة، أو حالة طارئة تمر بالكائن العضوي، وبالرغم من هذا التنوع في المسميات، وما قد تحمله من مفاهيم مختلفة فإن الباحثين توصلوا إلى إتفاق بشكل عام، بخصوص بعض الجوانب المحددة في القلق، إذ هم يقرون بأن القلق يمكن أن يخبر بأربعة أبعاد متداخلة، فسلجية، ووجدانية، ومعرفية، وسلوكية.

*أبعاد القلق:

تتضمن الإستجابات الفسيولوجية، توترات عضلية، وزيادة في سرعة التنفس، وإرتفاعاً في ضغط الدم، وزيادة في ضربات القلب، وجفاف الفم، وغثيان، وإسهال، وزيادة في التبول (Bootzin & Acocella ، 1984)، وجميعها- كما هو واضح- إستجابات إنفعالية، وتفيد نظريات الإنفعال بأن إنفعالاتنا لا تستثار فقط بالخطر الذي يستهدف وجودنا المادي، بل وأيضاً بالتهديد لدوافعنا الذاتية والإجتماعية. وتدور هذه الدوافع حول تقديرنا لذواتنا والأهداف الإجتماعية ذات الأهمية الشخصية لنا. وإذا كان الخوف يتضمن في العادة تهديداً جسدياً، فإن القلق يتضمن تهديداً شخصياً ذاتياً بصورة أعم. وانه في الحالتين تحدث إضطرابات جسمية تؤثر في الوظائف السلوكية.

ومن الصعب، بطبيعة الحال، التمييز بين التغيرات الفسيولوجية والأحاسيس الذاتية المرتبطة بها. ويؤكد معظم المنظرين ضرورة التفريق بين هذين البعدين، أي التغيرات الفسيولوجية التي ذكرناها وما يحس به الفرد من توتر، وفهم أو إدراك، والإحساس بخطر وشيك الوقوع، والتوقعات بعدم القدرة على التغلب أو تجاوز الحالة، فالمجال الظاهري للفرد، أي خبرته الذاتية بالقلق، تمثل مستوى مختلفاً من التحليل عن العمليات الفسيولوجية، التي يفترض أنها أساس لها أو متضمنة فيها. فعلى سبيل المثال، يخبر الفرد التغيرات في إضطرابات القلب المرتبطة بالقلق على انها احاسيس من "تسارع" أو "إحتباس" القلب، كما لو كان إحساساً حاراً بالتوهج"Flush" وبسبب العناء الجسمي الناتج من القلق الذي ينخفض مستواه ويسعد، يحدث التعرق والتبخر والشعور بالبرودة التي تحدث أحياناً على شكل قشعريرة. ويكون هذا أيضاً بشكل خاص في الأطراف(اليدين والقدمين)، حيث يشعر الفرد بأطرافه"باردة وندية".

كما أن الفرد يشعر بالتوتر العضلي الشديد فيفيد بأن ساقيه يرتجفان وغير قادرين على حمله. وقد يصاحبه إحساس بضيق النفس فيحاول أن يتنفس بسرعة... وتؤدي هذه الإضطرابات إلى النقص أو الإختلال في عملية إمتصاص الغذاء، أو ربما تؤدي إلى تمطله تماماً لأن القلق الحاد يوجه وظائف الجسم نحو الإستعداد "للحرب أو الهرب". وبدون وجود دم كاف في المنطقة المعوية فإن الفرد يشعر بالغثيان، بسبب خواء معدته. وهكذا تتداخل الإضطرابات الفسيولوجية بالإحساسات الذاتية في حالة من الأجهاد العصبي.

وكما يصعب التفريق بين الحالة الفسيولوجية والإحساسات الذاتية، فإنه ليس من السهل عزلهما عن العمليات المعرفية الناتجة أو المرتبطة بالقلق. فأفكار الشخص المصاب بالقلق وتصوراته، تسيطر عليها فكرة أو إيحاء بأن هناك كارثة وشيكة الوقوع. فيضطرب تفكيره، ويغدو له الموقف"إنذاراً بالخطر"، فيعمل الدماغ باهتياج شديد في مواجهة التهديد. وفي الفترات الحادة من القلق، قد يصفها الفرد بأنها"تشبه إشارة ضوئية حمراء مصحوبة بصوت يصيح في رأسي: خطر، خطر". كما ان خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني، أي عدم القدرة على التفكير بشكل مباشرومستقيم، لأن الفكر يكون منشغلاً بالحالة الداخلية لصاحبه بشكل متطرف وبخاصة فيما يتعلق بحالته الجسمية والخطر الذي يتهدد حياته.

وكمثال على ذلك يذكر لنا بيك(Beck ، 1976)حالة رجل يبلغ من العمر اربعين عاما جيء به إلى غرفة الطوارئ بإحدى المستشفيات وهو في حالة مزرية من القلق، ولقد أفاد هذا الرجل بأنه عندما وصل إلى نهاية المصعد الكهربائي المعد خصيصاً لنقل المتزحلقين والمتفرجين أعالي الجبال، كان قد احس قبلها بساعات بضيق في التنفس، ثم شعر بالضعف والإنهاك، واعتقد بأنه فقد وعيه. وعندما جرى فحصه طبياً تبين عدم وجود أية إشارة جسمية تدلل على ذلك. فأخبر المريض بأنه يعاني من"نوبة قلق حادة" وأعطيت له بعض المهدئات.

غير ان القلق الحاد ظل يلازمه عندما خرج من المستشفى وعاد إلى بيته، مما إضطره إلى مراجعة معالج نفسي هو"بيك" الذي وصفه بانه كان غامضاً ولم يستطع في البداية تحديد مصدر قلقه، وعندما سأله عن الأحداث الأخيرة التي بها استطاع المعالج تجميع المعلومات فتوصل إلى أن هذا المريض كان عندما وصل قمة المرتفع بالمصعد الكهربائي، شعر بضيق في التنفس(ربما كان بسبب رطوبة الجو)، ولكنه اعتقد في تلك اللحظة بأن هذا ربما يكون إشارة لمرض أو عجز في القلب. ثم تذكر أن أخاه كان قد توفي قبل أشهر بسبب إضطرابات في القلب، وبالتحديد في إنسداد الشريان التاجي، فشعر بأنه مصاب به أيضاً، وانها لحقيقة خطيرة اكتشفها الآن، فشعر بالقلق وتزايد حدته على يقين من انه على شفا الموت، وأن قاتله هو السكتة القلبية.

أما الإستجابات السلوكية المرتبطة بالقلق فهي متنوعة، وبخاصة إذا نظرنا إلى الأنماط السلوكية المختلفة وحسبناها أنها مستثارة أو ناتجة من القلق، وبما أن السلوك ينتظم، كما هو مفترض بنشاطات الجهاز العصبي المركزي، فإنه من المستحيل عزل الإرتباطات المعرفية والسلوكية بشكل تام: ومع ذلك، فإنه يمكننا تفحص ثلاثة إرتباطات سلوكية، أكثر شيوعاً في القلق هي:

1.إستجابات سلوكية تجنبية.

2.إستجابات سلوكية نمطية(Stereotypy).

3.تناسق حركي ضعيف.

ويبدو أن الإستجابات التجنبية هي الخاصية الأكثر شيوعاً في حالات القلق المتطرف، غير أن لها أبعاداً لطيفة. فعلى سبيل المثال، يستطيع الواحد منا ان يميز بين التجنب"الفعال"

و"السلبي". إذ يستتبع التجنب الفعال نتيجة لابد منها هي جهد واضح ونشيط للتجنب أو للهرب من موقف معين(.....الجري كالغزال من أفعى مؤذية!). أما في التجنب السلبي فإن الموقف الباعث على الخوف، يكون محاطاً بتجنب لمواجهة محتملة. من قبيل رفض القيام التمشي بنزهة حرة، فإستجابة الرهاب"الفوبيا" تستدعي كنتيجة لا بد منها كلا الصنفين من التجنب، فالشخص الرهابي يعارض أو يمتنع في العادة عن القيام بنشاطات معينة(وهذه الإستجابة سلبية)، وقد يظهر إستجابة تجنبية "فعالة" ونشطة عندما يواجه موقفاً لا يبعث على الخوف، وتتضمن الأنماط الإكتئابية إستجابة سلبية أيضاً، وقد فسر بعض الباحثين الشلل النفسي- العضوي الذي يحدث في الرحام"الهستيريا" التحولي على أنه شكل آخر من التجنب السلبي(269، P، 1980، Mahoney).

أما الإستجابات السلوكية النمطية فإنها تشير إلى تطور إستجابة نمطية شبيهة بتلك التي تحصل في الطقوس القسرية، والسلوك النمطي هو تفسير يتسم بالجمود النسبي والإفراط في التعميم لبعض الجوانب المتعلقة بالأفراد او المواقف أو الأشياء، تأخذ في هذه الحالة نوعاً من الإيقاع أو الطقس، فالشخص قد يعيد تتابعاً ثابتاً لبعض أفعاله(تحريك أصابع اليدين أو القدمين او الساقين بإيقاع معين، نفترض أنها تودي إلى خفض القلق). ويذكر لنا ماهوني(1980، Mahoney) أنه عالج طبيباً نشأ لديه الخوف من التلوث لدرجة انه كان يشطف يديه أكثر من ست مرات بعد فحصه لكل مريض، وازدادت حالته سوءاً فأصبح يقضي أكثر من أربع ساعات يومياً في تنظيف نفسه، ويجب أن نشير إلى انه ليس كل الأفعال أو الحركات السلوكية المعادة هي بالضرورة مؤشر على القلق. فالكثير منا لديه عادات يكرر حركاتها من قبيل: اللعب بالشارب أو جر شعيراته، أو النقر بقلم الرصاص، او مص الإبهام الذي قد يعكس او لا يعكس "توتراً عصبياً". والأكثر من ذلك أن الخط الفاصل بين السلوك"العادي" و"القسري" غامض أو ضبابي. فهل هو سلوك قسري أن تعيد فحص باب سيارتك لتتأكد من انه مقفل؟. وماذا لو أعدت فحصه ثلاث مرات أو أربع مرات؟ وماذا بخصوص إعادة الطالب لقراءة موضوع محاضرة سيمتحن بها، إلى أي حد من مرات الإعادة يصبح فعله قسرياً؟ وفي هذا المثال الأخير قد يكون لفعل المكافأة، نتيجة إيجابية. وربما نكون مطمئنين أكثر إلى محاسبين مصرفيين وطيارين مدنيين، وجراحين من هذا النوع القسري!.

أما ضعف التناسق او التآزر الحركي فإنه يشير إلى صعوبات قد يمر بها الفرد المصاب بالقلق في إنجاز مهمات تتطلب حركات دقيقة. فارتعاش اليد التي كثيراً ما تصاحب القلق الحاد لا يساعد صاحبها على إنجاز مهمات دقيقة مثل قطع أعصاب رقيقة في عملية جراحية.

ويمكن توضيح العلاقة بين القلق وإنجاز المهمات برسمها على شكل منحنى يشبه حرف" U "مقلوباً، باللغة الإنجليزية، أو حرف(ن) مقلوباً، باللغة العربية فيكون هكذا(∩) حيث يشير إلى أن الأداء يضعف أو يتلف في حالتين: عندما يكون القلق في أقصى درجاته، وفي أوطئها، وأن أجود أنواع الأداء يكون في حالة القلق المعتدل. ولأن هذه العلاقة ∩ رسمت على شكل حرف(يو) في اللغة الإنجليزية مقلوباً، فقد أصطلح على تسميتها "فرضية اليو المقلوب". واسميت ب"قانون ياركس- دودسن Yerkes- Dodson Law".

وهناك ما يدلل على صحة هذه الفرضية. فلقد أجرى(Ahart ،1973) تجربة على لاعبي كرة السلة فوجد ان شوط اللعب القصير جداً يحدث قلقاً عالياً، فيما يكون مستوى القلق منخفضاً في الشوط الطويل، وكلا الشوطين لا تسجل فيهما نقاط عالية. فيما أشار باحثون آخرون إلى أن هذه العلاقة بين القلق والأداء لا تكون بمثل هذا الوضوح في أنواع أخرى من الأداء، وأن الأمر متعلق بطبيعة المهمة نفسها فالمهمات البسيطة نسبياً، وبخاصة تلك الأنواع التي تتطلب في العادة، قوة أكثر منها دقة، قد تنجز بكفاية أكبر في حالة القلق العالي. أما المهمات الذهنية فقد يضعف أداؤها حتى في حالة المستوى المعتدل من القلق. وأخيراً فإن هناك تفكيراً حديثاً يرى بأن "كمية أو مقدار" القلق الذي يخبره الفرد قد يكون أقل أهمية من الطرائق المستعملة في التغلب على ذلك القلق، فهناك قصص لا حصر لها بخصوص الرياضيين والسينمائيين الذين أفادوا بأنهم"يتحجرون" أو يشعرون بالذهول أو الدوار قبل أدائهم لنشاطاتهم الرياضية في السباق، أو أدوارهم الفنية في السينما، ومع ذلك فإنهم أنجزوا مهماتهم بكفاءة جيدة. ويذكر لنا ماهوني(1980) مثلاً عن لاعب أميركي مشهور بلعبة الكرة الخشبية والصولجان(الهوكي) حصل عدة مرات على الجوائز الأولى في هذه اللعبة، كان يتقيأ قبل بدء كل لعبة يلعبها فيما كانت النجمة السينمائية والمسرحية"بربارة سترينساند" تصاب بنوبة من الفزع قبل ظهورها أمام الجمهور. فإذا كان القلق العالي يؤثر في الأداء، فكيف استطاع أمثال هؤلاء إنجاز مهماتهم بكفاءة.

إن أحد الإفتراضات التي تفسر ذلك هو ان وجود القلق بحد ذاته أقل أهمية من رد فعل

الفرد له. ويذكر لنا(Avener، 1977) دراسة بخصوص الإختبار النهائي للفريق الأمريكي بلعبة "الجمناستك" الذي شارك في السباقات الأولمبية لعام 1976. فلقد أظهرت التقارير الذاتية اللاعبين الذين تم انتقاؤهم في الإختبار النهائي للفريق، وأولئك الذين استبعدوا عن تشكيلته النهائية، بأن كلتا المجموعتين كانت بنفس المستوى العالي من القلق، وأظهر الفريق النهائي الذي أشترك بالمنافسة إنخفاضاً في مستوى القلق، خلال أدائهم لمهماتهم الفعلية، وكشفت المقابلات عن عدة إختلافات لطيفة عما كانوا يفكرون به خلال أداء اللاعبين من أجل إنتقاء المؤهلين للإشتراك في تشكيلة الفريق النهائية منها:

1. أن غير المؤهلين(أي الذين استبعدوا من التشكيلة النهائية للفريق) ذكروا الشكوك بالذات(Self-Doubts)، وأفكار أو تصورات بخصوص فشل متوقع، فيما كان المؤهلون يمتلكون أنماطاً فكرية تعبر عن الثقة.
2. أفاد غير المؤهلين بصعوبة الشفاء من حادث ينتج عن خطأ في الأداء أثناء السباق، وقد يؤدي إلى نتائج "تراجيدية" فيما نحى المؤهلون هذه الإحتمالات ودفعوا بها جانباً.
3. مال المؤهلون إلى التركيز في إنتباههم على "المهمة" التي سيؤدونها، بينما ذكر غير المؤهلين إنشغالهم بأنفسهم وبما سيقع لهم في السباق.

إن هذه الدراسة يجب إدراكها على أنها إستكشافية او تمهيدية وارتباطية ومع ذلك فإنه لا يمكن الإفتراض بأن الإختلافات في الأداء بين المجموعتين أعلاه (المؤهلين وغير المؤهلين) هي بالضرورة ناتجة أو متسببة عن الإختلاف في الأنماط التفكيرية لهما. فلقد أشارت دراسات أخرى إلى أنماط مماثلة وإختلافات أدائية قابلة للتنبؤ قائمة ليست على أساس مستوى القلق بقدر ماهي قائمة على الإستراتيجيات التي يضعها القائم بأداء المهمة. ولقد افترض سارسون(1975، Sarason) بأن الإنشغال بالذات (Self-Preoccupation)(أي إنشغال الفرد بنفسه) أو "الهم" "Worry" ربما يكون عنصراً مهماً في القلق وبالتالي إضعاف أو فشل الأداء. فالدراسات تشير إلى أن الأفراد القلقين يركزون إنتباههم أكثر على أنفسهم، وتكون حصة إنشغال بالهم على أنفسهم من القلق، أكبر من أي امر آخر.

★قياس القلق:

بما أن القلق غير محدد ببعد واحد(فسلجي مثلاً) إنما له أبعاد مختلفة يحكمها تداخل وتعقيد، فإنه من تحصيل الحاصل أن تتعدد وتتنوع الإختبارات التي تقيس القلق، وكذلك

طرائق قياسه أو تقديره على وفق الأبعاد التي مرَّ ذكرها الفسلجية، والوجدانية، والمعرفية، والسلوكية.

ويرينا الجدول في ادناه بعض طرائق التقدير الأكثر إستعمالاً وإنطباقاً على القلق، والمتمثلة بالتقارير الذاتية، والإستبانات، والملاحظة، والأدوات البيولوجية. ويلاحظ ان التقارير الذاتية(Self-Report) ليست مقننة كما هي الحال بالنسبة للإستبانات أو الإستفتاءات (Questionnaires) المصممة لقياس القلق بأسئلة تقدر المستوى العام للقلق اليومي والشعور بالضيق أو الكرب(Distress).

ويعتمد المعالجون السلوكيون بشكل كبير على الملاحظة المباشرة للأداء، وهم يستعملون- على سبيل المثال- "إختبار التوجه السلوكي Behavioral Approach Test" ويرمز له إختصاراً(BAT). يتم فيه تقسيم الأداء والموقف الباعث على الخوف إلى وحدات فرعية تتدرج في شدة إثارتها لشعور الضيق والكرب أو الخوف، يعتمد عليه المعالج السلوكي في تقدير المخاوف وعلاجها. ففي قياس أو تقدير خوف الفرد من الأفاعي مثلاً، يبدأ الموقف من متسوى واطئ للقلق ثم يجري تصعيده تدريجياً إلى أن يصل إلى أعلى مستوياته، وذلك بإدخال الفرد إلى غرفة فيها أفعى موجودة في قفص يقف أولاً في باب الغرفة بعيداً عن الإفعى ثم يجري تقريبه نحوها

بتقصير المسافة قدمين في كل مرة إلى ان يصبح قريباً من القفص الذي فيه الأفعى، فيلمس زجاجة، ثم يطلب منه رفع غطائه، ثم لمس الأفعى..وتقريب إصبع يده من رأسها تدريجياً.... على أن يطلب منه حملها ورفعها من القفص(بطبيعة الحال أن الإفعى هذه تكون غير مؤذية).

ولقد وجّه النقد إلى هذه الإجراءات السلوكية في تقدير القلق، والتركيز على أن الفرد يمكن ان يؤدي مهمة ما دون الشعور بالضرورة بالإرتياح، وبالرغم من أن المعالجين السلوكيين يعتمدون على التقديرات القابلة للتعميم، فإنهم يستعينون أيضاً بالتقارير الذاتية والقياسات الفسيولوجية من قبيل، مستوى ضغط الدم، والتنفس ودرجة الحرارة، والتوترات العضلية، إذ ان التغيرات في هذه الأنماط الفسيولوجية يمكن إستعمالها كمؤشرات في عملية العلاج. ومعروف أن الكثير من هذه المقاييس الفسيولوجية تستعمل في إختبار "كاشف الكذبPolygraph" الذي يقوم على إفتراض أن قول الكذب يخلق حالة قلق لدى معظم الأفراد. وسنأتي على تفاصيل هذا الإفتراض لاحقاً.

غير أنه تبقى هناك قضية محيرة إلى حد ما متعلقة بحقيقة أن المقاييس داخل هذه الأبعاد المتنوعة لا يرتبط الواحد منها بالآخر إرتباطاً عالياً في الغالب(Lang ،1968). فالشخص قد يذكر في تقريره الذاتي عن حالة متطرفة من الشعور بالضيق والكرب، ومع ذلك يكون قادراً على أداءات سلوكية جيدة، وقد تكون حالة الإثارة الفسيولوجية لشخص آخر معتدلة إلا أنه لا يكون قادراً على أداء سلوكي، ومثل هذا الإختلاف او التناقض بين المقاييس المتنوعة لتقدير القلق قد يعكس عدم كفاية طرائق التقدير المتوافرة حالياً. وهذه حالة تدعو الباحث أو المعالج النفسي إلى إستعمال تقديرات متعددة، وان لا يحصر نفسه بتقدير أو مؤشر معين في قياس القلق أو في علاجه.

*النظرية والعلاج:

كثيرة هي النظريات التي تحدثت عن القلق بشكل خاص والإنفعالات بشكل عام. ومع انه مضى على هذه النظريات زمن ليس بالقصير، فإن مسألة الوصول إلى نظرية مؤكدة ويقينية، تبقى محض أمنية قد تتحقق في المستقبل، فقد اثار موضوع الإنفعالات البشرية إختلافاً اكثر منه إتفاقاً بين علماء السلوك(1973 ، Stangman، 1968 ، Arnold). فهناك أكثر من عشرين نظرة في موضوع الإنفعال، ولهذا لا بد أن نكون إنتقائيين في عرضنا لأهمها ،وسنقصرها على المنظور:الحياتي- الطبي، والتحليل النفسي، والسلوكي، والتعلم الإجتماعي المعرفي.

*التوجه الحياتي-الطبي:

إن العلاج الحياتي- الطبي للقلق يبقى هو الشائع جداً بين الأطباء والمعالجين النفسيين. ذلك أن هذا المنظور تجمعت لديه دلائل فسلجية وكيماوية وعصبية تدل أن منطقة "تحت الثالموس" أو تحت المهادHypothalamus" هي الموضع الرئيس للإنفعالات والعواطف، ومنه تتبع إيعازات تسير في الجهاز العصبي الذاتي، وتتجه إيعازات أخرى نحو الغدة النخامية، والواقع أن الصورة السريرية للقلق الحاد تطابق ضغط الدم والخفقان والتعرق وجحوظ العينين وشحوب الوجه، وتيبس البلعوم والفم وإرتجاف العضلات، وتسارع حركة الأمعاء، وكثرة التبول، وربما الإسهال، وتحول السكر من الكبد إلى الدورة الدموية. وهذه التغيرات الجسمية العنيفة المصاحبة للقلق ترجع إلى تحفز الجهاز العصبي الذاتي وإلى زيادة في نشاط الغدة النخامية والكظرية" فوق الكلية".

هذا يعني أن الباحثين في الطب النفسي يرون أن "تحت الثالموس" هو"مهد" العواطف والإنفعالات. وأن إستثارته يؤدي إلى صدور اوامر وإيعازات(عند التأثر والإنفعال) إلى الغدد والجهاز العصبي وباقي أجهزة الجسم، فيختل التوازن الداخلي للجسم وتضطرب وظائفه الفسلجية. ولهذا فإنهم لا ينشغلون في العلاج بمصدر أو سبب للقلق بقدر ما يشغلهم إعادة الوظائف الفسلجية إلى حالتها العادية. ويرون أن هذا لا يحدث إلا بإستعمال العقاقير.

ولكن بالرغم من أن الكثير من المعالجين النفسيين ما زالوا يوصون بإستعمال المهدئات في الحالات الطارئة ونوبات القلق الحاد، فإن العلاج الكيماوي لم يعد ينظر إليه على أنه علاج كاف، وبخاصة من قبل الإختصاصيين من غير الأطباء. فعلماء النفس، مثلاً، يوصون أحياناً بالعقاقير(وبتوجيه من طبيب) كوسيلة مساعدة ووقتية أثناء فترة العلاج، وهناك مضادات شائعة من العقاقير يختلف تأثيرها من عرض إلى آخر، فالفاليوم والليبيريوم، مثلاً يحدثان تأثيراً واضحاً في الإرتخاء العضلي، إلا أن تأثيرها ضعيف في إضطرابات النوم. وإستعمال عقار ملتون (Miltown) له تأثير في إضطرابات النوم، ولكنه خطر في تناول أكثر من الجرعة المقررة.

غير أن إنخفاض شعبية إستعمال العلاج الكيماوي بين المعالجين النفسيين لا يعني أن العوامل البيولوجية ليست لها علاقة بالقلق. ذلك أن التكوين البيولوجي للإنسان هو جوهر القلق، إذ تأملنا أن التكوين البيولوجي يأتي على انماط...فكر، وأحاسيس، وسلوك، وربما السؤال الحاسم هو، ما إذا كانت الإختلافات الفردية في القلق يمكن أن تعزى إلى إختلافات في التكوين الحياتي- الكيماوي أو الوراثي؟! وربما كان من المفيد أن نذكر هنا مبدأ قديماً مشهوراً طرحه جيمس ولانج (Lange) في نظريتيهما عن الإنفعال.

يعتقد جيمس(James) ولانج بأن التغيرات الفسيولوجية والعضلية هي أحداث سابقة للقلق(Antecedents) وليست نتاجاً له(Consequences).

ولكن، لنتأمل هذا التعليق:" إن التغيرات الجسمية تلي مباشرة(إدراك Perception" حادثة ما" وأن إحساسنا"بهذه" التغيرات كما تحدث، هو ما ندعوه بالإنفعال." ويقول التعبير الدارج: عندما نرى الأسد نخاف ونهرب . والإفتراض هنا الذي يمكن الدفاع عنه يقول إن هذا النظام من تتابع الأحداث غير صحيح، وأنه يمكن إعادة صياغة العبارة لتكون أكثر

عقلانية بأن نقول: إننا نشعر بالأسف بسبب إننا نبكي، ونخاف بسبب إننا نرتجف" (P .19، Arnold ،1968).

وطبقاً لجيمس فإن منظر أو رؤية الأسد ينجم عنه تغيرات فسيولوجية معينة (إرتفاع ضغط الدم، سرعة التنفس...) وأن هذه التغيرات الجسمية هي" مصدر" إنفعالنا وليس الأسد، وبالرغم من أن هذا الإفتراض لم يصمد امام التحديات التي وجهها الإختصاصيون المعاصرون، إلا أنه يلقي الضوء على دور الإثارة الفسيولوجية المدركة في انماط القلق، وكما هو ثابت من دراسات فإن الأشخاص الذين يركزون في الجانب الفسيولوجي عندما يتعرضون إلى موقف ضاغط يخبرون إنتباههم بالضيق والكرب أكثر من أولئك الأشخاص الذين يولون إنتباههم إلى جوانب أو إشارات أخرى.

إن نظرية جيمس –لانج لا تقدم بحد ذاتها تفسيراً بخصوص الفروق الفردية في القلق. ولكن عندما تستند إلى إفتراض ثان، فإن علاقتها تبدو أكثر وضوحاً فعندما أشرنا قبل أسطر إلى التمييز الذي ذكره سبليبركر بخصوص قلق الحالة، وقلق السمة، وجدنا أنه أكثر إستقراراً بخصوص علاقتها بالشخصية. وطبقاً لبعض المنظرين، ومنهم آيزنك(1975، Eysenck) مثلاً، فإن الأشخاص يمكن أن يولودوا وهم مختلفون في إستعداداتهم أو نزعاتهم الطبيعية للإنفعال، وبخاصة القلق. فالشخص قد يرث نزعة إنفعالية تختلف عن النزعات الإنفعالية للآخرين، بمعنى أن إستجابته أو رد فعله نحو مثير معين يكون اقوى وأكثر حدة من إستجابات أو ردود أفعال الآخرين نحو المثير نفسه، وتبدو نظرية آيزنك غير عادية لأنها تجمع بين إفتراضات تكوينية وراثية، وأخرى شرطية (Conditioning)، فهو يقول:

"على وفق(نظريتي) في الشخصية فإن الإنفعال أو الحالة المخيفة المرعبة(Fearfulness) تقاس كما لو كانت بعداً في الشخصية دالاً على العصابية (Neuroticism)، وأنها ترتبط شرطياً بشكل وثيق ببعد الإنبساط- الإنطواء. وهكذا يكون الناس(الذين هم بمستوى عالٍ في كل من العصابية والإنبساطية) أكثر إستعداداً للإضطرابات العصابية والقلق، بسبب ردود فعلهم القوية إزاء الخوف وقدرتهم على تكوين إستجابات شرطية قوية"(P .85. Eysennck ،1975).

وعلى وفق هذه الصياغة فإن بعض الأشخاص يكون لديهم إستعداد وراثي للقلق. وينبغي الإنتباه إلى أن القلق بحد ذاته ليس موروثاً إنما الإستعداد نحو القلق المفرط في حالة وجود مواقف أو تنبيهات ضاغطة. وهناك في الواقع إتفاق عام حول وجود مثل هؤلاء الأفراد

الذين يظهرون مستوى عالياً من "الإستجابة الإنفعالية"، اي انهم يظهرون انماطاً من الإستثارة الفسيولوجية، ولمدة زمنية أطول، بالموازنة مع الناس الآخرين، ولقد وجد سبلبيركر (1975) ما يؤيد ذلك في التجارب المختبرية وقياسات الإستبانات المتعلقة بقلق السمة، غير ان مسألة أن تكون هذه الحالة الإنفعالية الحادة ناجمة عن أمور وراثية تبقى قابلة للجدل، وهناك مسألة فكرية لطيفة طرحت في السنوات الأخيرة بخصوص دور المورثات(Genetics) في انماط الخوف، فلقد لاحظ منظرون وباحثون عديدون بأن الحيوانات والناس أيضاً لم يتشأ عندهم الخوف خلال الحياة، إنما يبدو وكأنهم ولدوا "متهيئين"لنشوء مخاوف معينة، ومقاومة نسبية ضد نشوء مخاوف أخرى، وإلا لماذا يركز معظم الأفراد المصابين بالرهاب(الفوبيا) في مثيرات محددة من قبيل المرتفعات، والحيوانات، والعواصف؟ ولماذا لا يركزون في الورود أو طيور الحب أو الموسيقى والأغاني الشعبية مثلاً؟.

لقد أوحت هذه الملاحظة بطرح رأي يقوم على"إفتراضات التهيؤ، أو الإستعداد Preparedness Hypothesis". ومفاده أن هذه الإفتراضات تؤكد بأن الكائنات العضوية لديها إستعداد وراثي لنشوء وتطوير بعض المخاوف بحيث تكون أكثر تأهباً للإستجابة لها بالمقارنة مع الآخرين. وأن المخاوف التي تكون أكثر احتمالاً لأن تحدث إذ نشأت أصلاً- وهذا إفتراض- لأنها كانت تؤدي عبر النشوء التطوري للكائنات العضوية، وظيفة حاسمة، هي البقاء، وهكذا يمكن الإتيان بتفسير جديد هو ان المخاوف تؤدي وظيفة تكيفية بالنسبة للناس الذين ولدوا وهم"مستعدون" لتطوير مخاوف ضد أخطار جسمية (حيوانات، عواصف، مرتفعات....) وهناك بيئة أخرى من أن"عملية Process" تطور الخوف ربما تكون من الناحية البيولوجية كما لو كانت شبكة سلكية(1972، Seligman & Heights).

ففي التجارب الإشراطية، لم تطور الحيوانات مخاوفها بنفس السهولة. فإذا أردت أن تعلم كلباً تجنب نوعاً محدداً من الطعام، فإنه يمكن إنجاز ذلك بمزاوجة أو إشراط الطعام بصدمة كهربائية، وعندها سيتعلم الكلب، وبسرعة أن هذا الطعام يقترن بالغثيان. ومن جهة أخرى، فإن الغثيان سيكون قليل المساعدة في تعليم الكلب بالضغط على عتلة بكفه. فيما يكون الألم الناجم عن صدمة فعالاً جداً في دفعه لتقديم هذه الإستجابة.

*توجه التحليل النفسي:

إن المفهوم الأساسي في النظرية النفسية الدينامية يتمثل بأن سبب العصاب هو القلق، فلقد اعتقد فرويد- وكما مرَّ بنا- ان القلق يمكن أن يكون بثلاثة أشكال مختلفة: قلق الواقع، حيث يتعرض فيه الأنا إلى تهديد من خطر خارجي، والقلق الأخلاقي، الذي يتعرض فيه الأنا إلى التهديد بعقوبة من الأنا الأعلى بسبب التفكير أو القيام بأفعال ممنوعة أو محرمة، وأخيراً القلق العصابي الذي يتعرض فيه الأنا إلى تهديد من دوافع"الهو" غير الشعورية وغير المقبولة التي تحاول الظهور على مستوى الشعور أو السلوك.

وترى النظرية النفسية الديامية ان هذا النوع الأخير من القلق هو المصدر الرئيس للعصاب، وأن مشكلة الناس العصابيين هي أن الحرب الباردة بين هذه المكونات النفسية المختلفة تتحول في داخلهم إلى معركة مكشوفة ، فدافع "الهوId" تتجه نحو الشعور فيكون الفرد على دراية بدوافعه الجنسية والعدوانية المكبوتة التي ستفضحه لو أنها صعدت إلى مستوى الشعور وغادرت مستقرها الكامنة فيه بأعماق اللاشعور. و"الأنا"يعرف أن هذه الدوافع غير مقبولة لا من الواقع ولا من "الأنا الأعلى" فيضطر إلى أن يغير إتجاهها ويحولها إلى حيث مستودع الكبت في اللا شعور. ولكن من يضمن انها لا تحاول الظهور ثانية؟ إن هذه الإحتمالية ينجم منها قلق حاد أو خوف من أن يفقد الفرد سيطرته عليها. وما يبدو أو يلحظه الآخرون من قلق عليه هو ما تصطلح نظرية التحليل النفسي على تسميته بالسلوك العصابي.

هذا يعني أن مصدر الخطر هو الذي يختلف في الأنواع الثلاثة للقلق. فهو في قلق الواقع أو القلق الموضوعي من خطر واقعي في العالم الخارجي، وفي القلق الأخلاقي يخشى عقاب الأنا الأعلى عندما لا يلتزم بالمعايير الأخلاقية، وفي القلق العصابي يخشى من الدوافع المكبوتة أن تعبر عن نفسها(وتفضحه). وبرغم أن مصدره داخلي، فإنه يمكن أن تكون للقلق العصابي مكونات خارجية، يمكن توضيحها بأربع مراحل يمر بها تطور القلق العصابي:-

1يتعرض الفرد، في الطفولة، إلى عقوبة قاسية عندما يفصح عن دوافعه الجنسية أو العدوانية.

2ينشأ لدى هذا الفرد قلق موضوعي يتمثل بتوقع عقوبة مستقبلية على أفعال مماثلة.

3يجري كبت الدوافع غير المقبولة كمحاولة لخفض هذا القلق الموضوعي.

4-يظل مصدر هذا الكبت غير معروف أو محدد من قبل الفرد، فيمر بخبرة القلق أو الخوف الداخلي.

وعندما يرتبط هذا القلق بشيء ما في العالم الخارجي، فإن الأنا يحاول خفض أو تنفيس التوتر المتراكم، ففي الرهاب"الفوبيا" مثلاً، فإن الخوف من دافع مكبوت يتحول" لا شعورياً" إلى آلية دفاعية تتمثل بالإسقاط. فالموضوع أو الفعل الذي يشكل محور المرض الذي يظهر على الفرد، لا يتم إختياره عشوائياً، إنما يفترض أن يكون المحتوى الرمزي لهذا المرض مشابهاً للمحتوى الرمزي للصراع اللاشعوري المتضمن فيه. والمثال المشهور لتفسير التحليل النفسي لهذا النوع من الخوف هو حالة" هانز الصغير"، الطفل بعمر خمس سنوات الذي كان يخاف جداً من الحصان، ويرفض المشي في الشارع خوفاً أن يراه الحصان ويعضه. لقد رأى فرويد هذا الطفل مرة واحدة، وكان قادراً على تقديم تفسير لحالته مستنداً إلى المعلومات التي حصل عليها من والدي"هانز". وطبقاً لفرويد فإن هذا الطفل كان مستغرقاً بالمرحلة القضيبية من التطور الجنسي، وانه خبّر الصراع الأُوديبي المتمثل بالرغبة اللاشعورية في الإتصال الجنسي بأمه وخوفه من والده، فهو تمتلكه رغبة قوية للإتصال بأمه مصحوبة بكره شديد لأبيه. ومعروف في الصراعات الأُوديبية أن العداء للأب يكون مصحوباً بقلق شديد ناتج من أن الأب سينتقم منه بخصيه. ولأن الحصان يشبه الأب من حيث قوته وحجمه فضلاً عن أن والد هانز كان يلاعب ابنه بأن يضعه على ظهره ويمشي به كالحصان) فإنه جرى نقل الخوف من الأب إلى الحصان ليتوفر له إمكانية تجنب الحصان وخفض القلق لديه. ولقد فسر فرويد أن خوف هانز من أن "يعضه" الحصان هو رمز واضح للإخصاء.

ويمكن أن تكون حيلة التكوين العكسي أو الضدي متضمنة أيضاً في حالات الرهاب(الفوبيا)، وهذا مثال نضربه عن الخوف غير المعقول من السكاكين فالشخص الذي هذا النوع قد يخدمه كإجراء دفاعي ضد دوافع عدوانية لا شعورية كامنة فيه، وخذ مثالاً آخر عن امرأة يتملكها الرهاب من الأفاعي. فهي تستعمل هذا النوع من الخوف كإجراء دفاعي ضد توق جنسي مكبوت، حيث الأفعى ترمز إلى القضيب، وذلك وفق تفسير التحليل النفسي.

وبرغم أن المنظّرين الجدد حاولوا تغيير وتنقيح إفتراضات فرويد، إلا أنهم اتفقوا على أن القلق العصابي ناجم عن دوافع لبيدية محبطة.

*تعديل السلوك:

يرى السلوكيون أن أسباب القلق تكون خارجية، وعدّوا القلق أنه:"حالة جرى إشراطها كلاسيكياً بتنبيهات خارجية"(Davison & Neale، 1982). وهم يرون أن القلق في الأصل قد يكون مرتبطاً بالخوف ومتفرعاً منه عن طريق عمليات متعاقبة من الربط، تنتهي بنسيان المصدر الأولي الذي أثار الخوف، ويظل الشعور به مع غموض مصدره، وهذا الشعور هو الذي ندعوه بالقلق.

ويعتمد السلوكيون في العلاج على طريقة أصبحت من اكثر الطرائق العلاجية السلوكية إنتشاراً هي إزالة الحساسية(Desenstization)- وكما أشرنا في فصل العلاج- فإن هناك مئات الدراسات التي تشير إلى فائدة هذه الطريقة في علاج الكثير من حالات الرهاب(الفوبيا)، وليس هناك جدل بخصوص نتائج هذه الطريقة، وإنما بخصوص العملية (Process) التي تحدث بها. فعندما أدخلها لأول مرة البرفيسور ولب(1958) كتكنيك قائم على مبدأ إشراطي أسماه الكف المتبادل (Reciprocal Inhibition) أشار بانه " إذا كان بالإمكان إحداث

إستجابة مضادة للقلق بوجود المثيرات المستدعية للقلق، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام او جزئي لإستجابات القلق، فإن الرابطة بين هذه المثيرات وإستجابات القلق ستضعف (71، P، 1958، Wolpe).

وأقترح ولب ثلاث خطوات لأحداث إزالة الحساسية المنظمة:

1.إستجابة نقيضة للقلق(الإسترخاء مثلاً).

2.تعريض تدريجي للمثير الذي يستدعي الخوف.

3.مزاوجة (1) و(2) أعلاه.

ويحدث في إزالة التحسس المنظم في العلاج السلوكي التقليدي أن يطلب من المريض الإسترخاء بإجراء التمارين العضلية الرياضية، ثم يبدأ تعريضه تدريجياً إلى المثير الذي يخاف منه بشكل غير معقول(أفعى مثلاً) . ثم يسترخي ثانية ويطلب منه تصور ما حدث له مبتدئاً بأقل المواقف إثارة للقلق. ويعتقد أن ما يحدث في هذه الحالة هو نوع من الإشراط المضاد(Counterconditioned).

*توجهات التعلم الإجتماعي المعرفي:

وجّه منظرّو التعلم الإجتماعي المعرفي نقداً للتوجه السلوكي، وبالرغم من أنهم يتفقون على أن إزالة التحسس ناجمة نسبياً كإستراتيجية للسيطرة على القلق، إى انهم يرون أن العملية الأساسية التي تحدث بها هي معرفية وليس إشراطية. وهم يسوقون الحجج الآتية لدعم وجهة نظرهم.

1. بما أن إزالة التحسس المنظم يتطلب في العادة مثيرات تصورية (Imagined)، فإن الإجراء يستدعي بحد ذاته عمليات معرفية (تصورية)
2. هناك بيئة فسيولوجية توحي بأن التغيرات التي تحدث خلال عملية إزالة التحسس، إنما تكون في الجهاز العصبي المركزي أكبر منها في الجهاز العصبي الطرفي.
3. بالرغم من النجاح الذي لا شك فيه، فهناك بيانات توحي بأن عملية إزالة التحسس يمكن أن تكون فعالة أكثر إذا استندت إلى إجراءات التعلم الإجتماعي المعرفي.

وإذا كان السلوكيون يميلون- كما مر بنا- إلى أن ينظروا للخوف على أنه إستجابة إنفعالية شرطية، بمعنى أن مثيراً كان قبل الإشراط محايداً فيكتسب بعد الإشراط خاصية مثير منفر، فإن منظرّي التعلم الإجتماعي المعرفي يرون بأن الكثير من الناس ليست لهم خبرات منفردة مباشرة مرتبطة بموضوع أو موقف يخافون منه. فأنت، في سبيل المثال، قد لا تكون عظتك أفعى، ولا تعرضت إلى الإصابة بجروح من حادث طائرة، ومع ذلك فأنت قد تخاف الأفاعي وركوب الطائرة، ومن دون أن يحصل لك ذلك "شرطياً" بنفس الطريقة التي حدث بها لكلب بافلوف او البيرت الصغير.

و طبقاً لتوجيهات التعلم الاجتماعي المعرفي فإن القلق و الخوف يمكن أن يتم تعلمها بأربع طرق هي :

1. بالخبرة المباشرة للألم أو عدم الراحة (مثل زيارة سابقة لطبيب الأسنان كان قاسياً في قلعه لسن من أسناننا) .
2. بالخبرة البديلة بمراقبة شخص آخر يعاني من ألم أو عدم راحة في موقف معين (فيلم عن حادث مروع لسقوط طائرة).
3. بالتعلم الرمزي (قراءات عن أخطار أو أمراض معينة ، الإيدز مثلاً ، او السرطان ....).
4. بالمنطق الرمزي (الاستنتاج بأنه إذا كانت الأفاعي خطرة ، و أنها تعيش في الغابات ، إذاً فالغابات خطرة) .

و بما أن هؤلاء يرون ان القلق و المخاوف تحدث عن طريق التعلم ، فإن علاجها يكون بإعادة التعلم ، و بالطرائق نفسها أعلاه. وهم يعتمدون أكثر على طريقة النمذجة (Modeling) و تجارب باندورا المعروفة ، المذكورة في فصل العلاج من هذا الكتاب . و يؤكدون أن أسلوب النمذجة يتفوق على أسلوب إزالة الحساسية و أساليب التحليل النفسي في علاج القلق و المخاوف (Mahoney ,1980 , P. 282) .

و أخيراً فقد توافرت أمامك عدة طرق للعلاج ، و لو سألت معالجاً فرويدياً لفضل لك طريقته في التحليل النفسي بالكشف عن الدوافع اللاشعورية التي تهدد الأنا بالظهور على مستوى الشعور . و لو سألت معالجاً سلوكياً لفضل لك طريقة إزالة الحساسية . فيما سيمتدح المعالج الاجتماعي المعرفي فاعلية أساليب النمذجة .

على أننا نرى ان الطريقة تكون ناجحة في العلاج إذا استعملت مع الحالة المناسبة لها وهناك حالات قد تحتاج إلى هذه الطرائق مجتمعة.

خلاصة

استعرضنا في هذا الفصل مفهوم القلق . والظروف التي يصبح فيها مشكلة لصاحبه و تاريخ تطوره ، ونشوء مصطلح " العصاب" ، و مشكلة تصنيفه في التصانيف الطبية النفسية ، و منها التصنيف الطبي الأمريكي بصورته الثانية (DSM-II) الذي عدّ العصاب مرضاً والقلق خاصيته الأساسية. ولماذا جرى إسقاط مصطلح العصاب واستبداله بمصطلح "اضطرابات القلق" في صورته الثالثة(DSM-III)، واستقر بعدها في الصورة الرابعة . ثم تناولنا طبيعة القلق ، ووجهات النظر المتباينة ، وأبعاده الفسيولوجية و السلوكية و النفسية و المعرفية ، و الافتراضات بخصوص العلاقة بين القلق و الأداء ، و اختبارها تجريبياً . ثم تطرقنا إلى قياس القلق باختبارات ووسائل على وفق أبعاده الأربعة .

وتناول هذا الفصل النظريات في القلق و طرائق علاجه ، منتقين أكثرها شيوعاً : الحياتي – الطبي ، والتحليل النفسي ، و السلوكي ، والتعلم الاجتماعي المعرفي .

هذا و يرد القلق في (ICD-10) في الفئات (F40-F8) و يتضمن أحدا عشر نوعاً . فيما يرد في (DSM-IV) ضمن محور الاضطرابات السريرية و يتضمن :

1. الرهاب بأنواعه .
2. اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية .

3. اضطراب الفزع .
4. اضطراب القلق العام (و يعني حالة مستديمة من القلق تكون موجودة بشكل مستقل عن اي موقف ضاغط محدد).
5. اضطراب الوسواس – القسري أو القهري .

المصادر :

1. American Psychistric Association (1994) .Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . Washingtion , D.C: Author .
2.Costello,C.G.(1996) .Personality characterestics of the personality disorders . New York : Wiley .
3. David ,S.C.;Bridges ,P.&Black , D. (1990). Psychiatry for students . London :Hyman .
4. Mahony ,M.J.(1984) . Abnormal psychology . Harper .
5. May ,R.(1969) . existential psychology , Random House .
6. Millon , T.(1981) . Disorders of Personality . New York : Oxford University Press .
7. Spielperger ,C.D.& Sarson ,I .G. (1975). Stress and anxiety . New York :Wiley .
8. Sarson ,I.G.(1972) .Abnormal psychology .Meredil Corporation .
9. Ullman ,L.P.&Krasner , L.A.(1976).A Psychological approach to abnormal behavior .Englwood.
10. World Health Organisation (1992) .The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders . Geneva.

الفصل التاسع

اضطرابات المزاج

الأعراض و التصنيف و التفسير و العلاج

الانفعال (Emotion) أو العاطفة أو الوجدان (Affect)، كما يميل علماء النفس إلى تسميته ، هو حالة لا بد منها ، ومن دونه تغدو الحياة خاوية المعنى . غير أن هذا الانفعال أو الوجدان يصبح مصدراً للكربة النفسية ، إذا جاء بحالاته المتطرفة من التحولات أو التقلّبات العاطفية الشديدة . وهذا ما يحدث في حالة الاضطرابات الوجدانية ، حيث يحصل الانزعاج او التشويش أو التعكير في المزاج فيقع الإنسان إما في البؤس أو في الأحزان ، أو في التيه و الإبتهاج و النشوة غير الواقعية .وإذا ما لازمته هذه الأعراض لمدة طويلة من الزمن ، قيل عن أعراض البؤس و الأحزان و الكربة بانها اكتئاب (Depression) ، فيما تشخص أعراض المرح و النشوة و الابتهاج غير الواقعية بأنها هوس (Mania).

و تميل الأدبيات الصادرة بعد العام الفين إلى تداول مصطلح (اضطرابات المزاج Mood Disorders) بدلاً من مصطلح (الاضطرابات الوجدانية Affective Disorders) .

ولقد عرفت الاضطرابات ، و كتب عنها الكثير منذ بداية تاريخ الطب. فالهوس و الكآبة (أو الميلانخوليا كما كان يطلق على الكآبة في الماضي) قد وصفها هيبوقراط في القرن الرابع قبل الميلاد . و اشتق مصطلح ميلانخوليا (Melancholia) من كلمتين إغريقيتين هما(Melan) و تعني "اسودBlack" و (choler) و تعني "النكد أو سوء الطبع Bile" ، فيما اشتق مصطلح (Mania) من الكلمة الإغريقية (Mainesthai) التي تعني " الخبل أو الجنون Mad ".

و في نهاية القرن الثاني قبل الميلاد لاحظ الطبيب الإغريقي ارتيوس أن الهوس و الاكتئاب يحصل أن يحدثا سوية في شخص واحد ، مما يوحي بالاعتقاد من أنهما ينشآن من سبب أو اضطراب واحد ، و بالتالي افتراض وجود علاقة بين هذين الاضطرابين المتضادين في الأعراض .

وفي بداية القرن التاسع عشر كتب بينيل (Pinel) (1801) و صفاً للكآبة لحالة شخصين مشهورين هما : الامبراطور الروماني تيبريوس و الملك الفرنسي لويس الحادي عشر . و في أواخر القرن التاسع عشر أشار الطبيب النفساني الألماني المشهور ، كريلن إلى وجود نوعين أساسيين من الذهان هما : الانفصام ، و الهوس -الاكتئاب ، الذي وصفه بأنه اضطراب يظهر على أولئك المرضى الذين يعبرون عن انفعالاتهم أو عواطفهم بصورة متطرفة .

و لقد وصفت الكآبة بعبارات "زاهية " من بعض ضحاياها المشهورين ، إذ كتب ابراهام لنكولن يقول : (لو جرى توزيع ما أشعر به على الناس ، لما ظل على هذه الأرض وجه مبتشر" . و هناك الكثير من العلماء و السياسيين و الأدباء و الفنانين ...وقعوا ضحايا للكآبة ، و انتهوا وظلت بعض أسباب كآبتهم غامضة . ومنهم السياسي البريطاني الشهير تشيرشل ، و نابليون بونابارت، و موسوليني ، و مارتن لوثر ، وهمنغواي الحاصل على جائزة نوبل في الأدب و الممثلة الشهيرة مارلين مونورو.

غير أننا سنحاول في القسم الأول من هذا الفصل معرفة الأشكال او الأنماط الحادة منها ، فيما سنحول انتباهنا في القسم الثاني منه إلى الإنتحار، الذي غالباً ما تنتهي الكآبة الحادة إليه.

***الخصائص العامة للهوس والإكتئاب:-**

كلنا تواجهنا الحياة بضغوطها، غير أننا نختلف في أساليب إستجاباتنا لهذه الضغوط، فهنالك من لا يكترث لها وكأنه "محصن" ضدها، وهناك من تعكر الضغوط مزاجه، وهناك من ينهار تحت شدتها وقسوتها، فيفقد عقله، فيما هناك الكثير من الناس العاديين(Normal)الذين يستجيبون لحالات الإجهاد والضغط النفسي بأساليب تشبه السلوك الهوسي، وعندما تأخذ هذه الأساليب صيغة الإستجابات السلوكية التي لا يمكن السيطرة عليها، وتتسم بالتطرف والديمومة، عندها يصطلح على تسميتها طبياً ب"الهوسMania" حيث يتسم الأفراد المصابون به بالحساسية العالية وكثرة الكلام والنشاط الذي لا ينتهي. فيجدون المتعة الكبيرة في أشياء ما كانت أبداً تثيرهم في السابق، وما كانوا قد وجدوا فيها أية متعة. وينشغلون بشكل كبير بنشاطات متنوعة وبأشخاص متعددين. وتصبح صورة الذات لديهم(Self-Image) متضخمة أو منتفخة بشكل كبير، فيتجاهلون حدودهم ويأخذون بحب ذواتهم والإعجاب بها من دون تحفظ، وهم يعتقدون أن باستطاعتهم عمل أي

شيء. وغالباً ما يفعلون أشياء طائشة أو متهورة. فضلاً عن ذلك فهم غالباً ما يكونون مزعجين للآخرين، وبخاصة أولئك الذين يحاولون تقديم النصح لهم.

وبالمثل، فإنه ما من احد منا ما كان قد مر بخبرة الكآبة في حياته اليومية، ومعظم الناس يفيدون بانهم قد مرت بهم أحداث حياتية قاسية أو صعبة، وإن خبراتهم بها كانت مشابهة لما يذكره الأفراد المشخصون طبياً على انهم مكتئبون من قبيل: إضطرابات النوم، فقدان الشهية، إنخفاض الدافع الجنسي...والأكثر منها: مشاعر الحزن، والذنب، واللاجدوى، وفي الواقع، فإن أعراض الكآبة المشخصة طبياً قد لا تختلف من حيث النوع عن تلك التي تظهر على المكتئبين"العادين Normal". غير انها تختلف بالتأكيد من حيث درجة حدتها. فخبرة الإحساس باليأس في حالة الكآبة الحادة تكون غريبة على غير المصاب بها. فالشخص المصاب بكآبة حادة تنطفئ فيه الومضات المتبقية من الأمل، وتغلق أمامه مصادر المتعة والسرور، وقد تنتهي إلى الإقناع بأنه ما من سبب يدعوه لأن يستمر بالحياة.

وهناك عرض آخر قد تتصف به الحالات الحادة من الهوس والكآبة، وعندها تفرز هذه الحالات عن المزاج"العادي" ذلك هو الأوهام والهلوسات، حيث تعني الأوهام، المعتقدات الكاذبة، فيما تعني الهلاوس الإدراكات الحسية للكآبة. وغالباً ما تكون اوهام الشخص المصاب بالهوس تدور حول نفسه، وكم هو إنسان" رائع"، وانه سيحل مشاكل العالم الإقتصادية. وأن جائزة نوبل بإنتظاره وهو في طريقه إليها، كما تصور له أوهامه ذلك. بل قد يقول لك بانه صاحب ملايين، وسيعطيك واحداً من ملاينه، أو يشتري لك طائرة، تنقلك وأصدقائك ومن تحب إلى اجمل بقعة في العالم تتمناها.

أما على الجانب المضاد من هذه الحالة، فهناك المصاب بالهلاوس الإكتئابية، الذي ربما سيقول لك بأنه مضطهد ويشعر بالتبرم بسبب خطاياه وآثامه، وانه مصاب بالسرطان أو مرض خطير آخر، أو انه مقتنع بأن العالم سينتهي إلى خراب.

غير أن الخاصية المميزة للإضطرابات الوجدانية الحادة هي نوعية حدوثها، ففي أسابيع قليلة، واحياناً في أيام معدودة، يتحول الفرد الذي كان يتصرف بالأمس بشكل عادي، إلى حالة أخرى من اليأس والقنوط. أو قد يصل إلى أقصى حالات الهوس، وقد يحصل أن يعود الفرد إلى حالته الطبيعية، أو القريبة من الطبيعية. إن طبيعة الحادثة (سواء كانت كآبة أم هوس) ودرجة حدتها، والوقت الذي فيه تحدث، وكيفية تشخيصها

وعلاجها، فهذه مسائل سنناقشها لاحقاً. أما الآن فسنبدأ بتفحص الخصائص أو الصفات البارزة والنموذجية لكل من الهوس (المانيا) والكآبة، على أن يبقى في الذهن بأننا نصف هنا الأنواع أو الصور الحادة من هذه الإضطرابات.

الهوس:

تتصف حادثة الهوس بعدة مميزة من سيطرة السلوك الهوسي بالخصائص التي أشرنا في أعلاه. وقد تبدأ حادثة الهوس بصورتها النموذجية فجأة وفي خلال أيام قليلة. وقد تستمر لعدة أيام أو لعدة أشهر. وقد تنتهي بشكل غير متوقع كما بدأت.

وسنعتمد هنا في تحديد خصائص الهوس البارزة على التصنيف الطبي النفسي الأمريكي، حيث وصفها بالآتي:-

1.مزاج مرتفع، صريح، نزق، سريع الإنفعال أو التهيج:

إن تغير المزاج هو الخاصية "التشخيصية" الجوهرية في حادثة الهوس. ويشعر الأشخاص الذين يشكلون حالات نموذجية في الهوس أن العالم مكان مدهش، وانهم أشخاص رائعون، ويملكون حماسة لا حدود لها بخصوص ما يفعلون أو في التخطيط لما يفعلون، وهذا الشعور غير المتحفظ المتسم بوهم العظمة او الدال عليه يمتزج في العادة بالتهيج أو سرعة الإنفعال، وعندما يكونون في أعلى حالات الغبطة والزهو فإنهم ينظرون إلى الآخرين على انهم بطيئون أو متوانون، ومفسدون للمتعة. وهم قد يصبحون عدائيين تماماً، وبخاصة عندما يحاول أحد ما التدخل بسلوكهم، وفي بعض الحالات قد تكون سرعة الإنفعال أو التهج هو المزاج المسيطر على الهوسي، مع الشعور بالغبطة والزهو سواء بشكل متقطع أو من دونه.

2.الحساسية العالية:

قد يصاحب المزاج العالي والصريح نشاط متزايد سواء كان جسمياً أو إجتماعياً أو مهنياً، وأحياناً جنسياً.

3.كثرة الكلام وسرعته:

يميل الهوسيون إلى الكلام بصوت عالٍ، وسريع، وبصورة مطرّدة، وغالباً ما تمتلئ أحاديثهم بالتورية أو التلاعب بالألفاظ، وبالتفاصيل غير المترابطة، والنكت التي لا تضحك سواهم.

4.تطاير الأفكار:

غالباً ما يمتلك الهوسيون أفكاراً تتطاير بسرعة وتتسابق فيما بينها. وهذا أحد الأسباب الذي يفسر سرعة الكلام لديهم، لكي يتواصلوا بغير إنقطاع مع تدفق الأفكار لديهم، كما يميل كلام الهو إلى الإنتقال بشكل مفاجئ من موضوع إلى آخر.

5.التضخم في تقدير الذات:

يميل المصابون بالهوس إلى ان ينظروا إلى ذواتهم بإعجاب متطرف، وبأنهم أناس مهمون، وممتلئون قوة، وقادرون على تحقيق إنجازات عظيمة، في ميادين هم في الواقع لا يمتلكون أية موهبة فيها. وهكذا فإنهم قد يبدأون بتأليف سيمفونيات موسيقية، أو روايات أو قصائد شعرية، أو تصميم أسلحة نووية، أو الإتصال بكبار المسؤولين في الدولة لنصحهم في كيفية إدارة أمور البلاد[1].

6.قلة النوم:

يتصف المصاب بالهوس بتناقص الحاجة إلى النوم، فهو قد يكتفي بساعتين أو ثلاث ساعات نوم في الليلة، ومع ذلك يمتلك من الطاقة ضعف ما يمتلكه الأشخاص الآخرون من حوله.

7.عدم الإستقرار على موضوع واحد:

ينصرف ذهن الهوسي بسهولة من موضوع إلى آخر. فعندما يفعل شيئاً أو يناقش موضوعاً معيناً مثلاً، ويرى شيئاً آخر من حوله، كأن يكون طيراً أو مجلة، فإنه يحول إنتباهه فجأة إلى هذا الشيء ويأخذ بالحديث عنه.

8.السلوك الطائش أو المتهور:

إن الشعور بالغبطة والزهو والصورة المتكلفة للذات، غالباً ما يقود المصاب بالهوس إلى أفعال متوهجة وتصرفات طائشة، ما كان يقوم بها قبل استيلاء الهوس عليه، من قبيل سياقته لسيارته برعونة، وتبذير أمواله، وتصرفات جنسية حمقاء، وما إلى ذلك، كما أنه

---

(1) راجعني شاب(مهندس) في الثلاثين من عمره يقول عن نفسه أنه متعدد المواهب، منها انه يفهم في صنع الطائرات، ويفهم في الطب، ويريد إعطاء محاضرات في كلية الطب وانه نظم قصيدة شعرية من الف بيت وصفها من قراها- أضاف- بأنها جمعت روعة عبقريين في الشعر، المتنبي ونزار قباني! وانه راجع مدير القوة الجوية، ووزير التعليم العالي، واستطاع أن يقنع احدهما!!.

يصبح غير مكترث بحاجات الآخرين، ولا يهمه أن يصيح بأعلى صوته على عامل مطعم، أو يطلب بالهاتف صديقاً له بعد منتصف الليل، أو يصرف ما ادخرته العائلة لأيام الشدة.

الإكتئاب:

إن السياق الذي تحدث فيه الكآبة الكبرى(Major) أو الحادة يأخذ منحنى "هادئاً" بالمقارنة مع حالة الهوس، غير انه تحصل في بعض حالات الصدمة النفسية الحادة أن يقع الفرد بالكآبة في غضون ليلة واحدة، غير أن بداية الإصابة بالكآبة تكون في العادة تدريجية، تستمر لعدة أسابيع أو أشهر، ولكن الحالات السائدة في الكآبة تستمر لفترة أطول من حالات الهوس، كما أنها تنتهي كما بدأت، بصورة تدريجية أيضاً، وعندما يقع الفرد في شرنقة الكآبة تظهر عليه تغيرات ليس فقط فيما يخص مزاجه، إنما في وظائفه الجسمية والحركية أيضاً. وفيما يأتي خصائص الكآبة الرئيسة(Major).

1.المزاج المكتئب:

يعد المزاج المكتئب الصفة الضرورية اللازمة لتشخيص حالة الكآبة الكبرى، فمعظم الراشدين المصابين بها أفادوا بأحاسيسهم بالحزن وفقدان السعادة(1967، Beck)، والشعور بالنكد الذي يصل إلى حالة الإحساس بالعجز التام (1982، Bootzin & Acocella). إذ يصف الفرد نفسه بأنه يشعر بالضجر والسأم واليأس والعزلة النفسية.

أما الفرد المصاب بكآبة معتدلة(صغرى)، فإنه غالباً ما تنتابه حالة البكاء التي يستسلم لها، فيما لايستطيع أن يبكي الفرد المصاب بكآبة حادة رغم رغبته في البكاء(1970، Mendels). فيما يرى الشخص الذي وقع في أعماق الكآبة الحادة بأن حالته ميؤوس منها(1966، Sarwer) وبالتالي فإنه يكون غير قادر على مساعدة نفسه، ولا بإمكان أحد آخر أن يساعده ويطلق على هذا النوع من التفكير"العجز- اليأس- Hopelessness Helplessness" (1968، Engel).

2.إضطراب الشهية:

معظم المكتئبين يعانون من ضعف الشهية ونقص الوزن، غير أن بعضاً منهم، وبخاصة أولئك الذين كانوا قد اتبعوا نظاماً غذائياً(ريجيم) يميلون إلى أن يأكلوا أكثر فيزداد وزنهم(1975، Polivy & Herman).

3.إضطراب النوم:

يعد الأرق الصفة العامة البارزة في الإكتئاب، وأكثر حالاته شيوعاً هي الإستيقاظ من النوم بعد مدة قصيرة، وعدم القدرة على العودة لمواصلته، أما الحالات الأخرى فهي عدم قدرة المكتئب على النوم عندما يضع رأسه على الوسادة، أو الإستيقاظ عدة مرات في الليلة الواحدة.

وكما تحصل في إضطراب الشهية، فإن بعض المكتئبين ينامون لمدد طويلة قد تصل إلى خمس عشرة ساعة في اليوم أو أكثر.

4.البطء النفسي الحركي أو الإثارة:

يمكنك أن"تقرأ" الكآبة في شخص صاحبها من سلوكه الحركي وتحمله البدني. وأكثر أنواعها شيوعاً ما يطلق عليه "الكآبة المعوّقة Depression Retarded"، حيث يبدو على المريض تعب ثقيل وشامل، يمنعه عن القيام بأفعال نشطة أو تلقائية كما يفعل الناس العاديون.

ويمكنك أن" تقرأ" الشخص ما إذا كان مكتئباً عندما يكون جسمه في وضعية منحنية(يكور رأسه على جسمه)، وحركاته بطيئة، وتحديقاته في أقل حالاتها، وكلامه بطيئاً ومتلعثماً، وتوقفات طويلة قبل الإجابة عن سؤال أو إستفسار، وفي حالات الكآبة الحادة يكون حال المصاب بها مثل حال الأصم الأبكم.

غير أنه تظهر في حالات نادرة اعراض بالضد من هذه تماماً، يطلق عليها"الكآبة الهيجانيةAgitated Depression" تتصف بالنشاط المتواصل وعدم الراحة من قبيل: عصر اليد أو لويها، ذرع المكان جيئة وذهاباً، التململ المصحوب بحركات عصبية، الشكوى،والنواح والعويل(Bootzin & Acocella، 1982 ،P ،218).

5.فقدان المتعة أو الميل إلى النشاطات العادية:

يصاحب الكآبة في الغالب نقصان في الدافعية، سواء في مجال العمل أو رعاية الأطفال....وحتى المناقشة مع الأصدقاء. كما ينخفض وبشكل واضح وكبير الدافع نحو الجنس. أما بداية إنخفاض الدافعية بشكل عام فقد تأخذ شكل الحالة الآتية لسيدة أصيبت بالكآبة، حيث وصفت حالتها تقول:

"بدأت غير قادرة على عمل أشياء كنت أعملها ببساطة. مثل الطبخ، وغسل الملابس، والعناية بالأطفال..وهناك شيء آخر أخافني جداً ذلك هو عدم قدرتي على القراءة. كما إنني اخذت استيقظ مبكراً قبل المعتاد. وفي بعض الأوقات، انطرح في فراشي لساعتين أو اكثر محاولة أن أكون قادرة على النهوض، لأنني لم أستطع حتى أن أضع قدمي على الأرض. وعندما استطيع ذلك وانهض أشعر تماماً بأنني غير قادرة على إرتداء ملابسي...ومهما تكون الخطوة التي تكون بعدها، فأنا أشعر غير قادرة عليها(218، P، Bootzin & Acocella ،1982).

إن بداية إنخفاض الدافعية تظهر في النشاطات المتعلقة بالمسؤوليات الإجتماعية، واللجوء إلى البقاء في الفراش لمدة أطول أو مشاهدة التلفاز، أو قراءة الصحف والمجلات والإستمرار عليها حتى لو كانت مثل هذه الإستجابات الإنسحابية تميل لأن تصبح غير مجدية. وقد يمر المرضى المصابون بكآبة حادة بخبرة" شلل الإرادة"، اي عدم القدرة على تحريك أنفسهم أو عمل شيء، كما في حالة المرأة التي ذكرناها قبل قليل.

6.فقدان الطاقة:

يصاحب إنخفاض الدافعية في العادة إنخفاض حاد في مستوى الطاقة فالمريض المكتئب قد يشعر بانه منهك طوال الوقت بالرغم من أنه لم يفعل شيئاً.

7.الشعور بعدم القيمة(التفاهة) والذنب:

يشعر المكتئبون بالفزع ليس فقط من الحياة، بل ومن انفسهم أيضاً، وهم يعدّون انفسهم ضعفاء أو عاجزين مهما نسب إليهم من خصائص ذات قيمة من قبيل:، الذكاء، الصحة، الجاذبية الجسمية، والمهارة الإجتماعية. كما ان شكواهم المتكررة بخصوص فقدانهم للحب أو النقود أو المكانة الإجتماعية، قد يعكس إحساسهم بعدم كفاءتهم الشخصية(1967، Breed). وغالباً ما يصاحب هذه المشاعر إنعدام القيمة أو الإحساس بالتفاهة، شعور حاد بالذنب، فالمكتئبون يبالغون في الحديث عما أصابهم من فشل في الماضي او الحاضر، ويظلون يدققون في البيئة بحثاً عن دليل للمشكلات التي خلقوها لأنفسهم.

8.صعوبة التفكير:

كما هي الحال مع العمليات الجسمية، فإن العمليات العقلية تنخفض عادة في الكآبة. وغالباً ما يذكر المكتئبون بأنهم يعانون من صعوبات في التفكير والتركيز والتذكر.

9.افكار بخصوص الموت او الإنتحار:

تراود الكثير من المكتئبين افكار بخصوص الموت او الإنتحار، وهذا أمر لا يثير الدهشة كثيراً بسبب حالتهم الإنفعالية(Beck ،1967). فغالباً ما يقولون بأنهم(وأي واحد آخر) من الأفضل لهم لو كانوا ميتين. وفي الواقع فإن بعضاً منهم يصلون إلى حالة مازقية لا يجدون مخرجاً منها إلا بقتل النفس.... ويقتلونها.

إضطرابات المزاج الكبرى

★الأعراض الفردية:

في المرشد الطبي النفسي الأمريكي(DSM)، يطلق على إضطرابات المزاج الحادة التي تتصف بما أشرنا إليه بالنقاط أعلاه، مصطلح (الإضطرابات الإكتئاب الكبرى Major Depression Disorders)، وتشمل نوعين مشخصين طبياً هما الكآبة الكبرى(أو الحادة) والإضطراب ذو القطبين.

★الكآبة الكبرى:

يطلق على الأشخاص الذين يتعرضون لحادثة إكتئاب رئيسة واحدة او أكثر، من دون أن تصاحبها حالة هوس، أنهم مصابون بالكآبة الكبرى(Major Depression)، ولكي يكون هذا المصطلح واضحاً فإننا نعرفه بانه نمط لإضطراب وجداني واضح يتصف بأحداث إكتئابية بينة وهامة دون أن تتخللها أحداث هوس. وهناك إتفاق عام على أن هذا الإضطراب يتضمن مشكلة صحية كبيرة وخطيرة، ويقدم سيلكمان(Seligman ،1973) تعريفاً لطيفاً للكآبة إذ يصفها بأنها "زكام عام من المرض النفسي، يبدو لنا مألوفاً وغامضاً أيضاً". وتشير التقديرات إلى أن(12٪) في الأقل من الراشدين مروا بحادثة إكتئاب أو اكثر، كانت كافية لأن تجعلهم يراجعون الإختصاصيين لمساعدتهم(1973 Schuyler & Katz). وفي المجتمع الأمريكي تبلغ نسبة الذين خبروا حالة إكتئاب في وقت ما من حياتهم بين (8- 12٪) لدى الرجال، و(20- 26٪) لدى النساء

(Weissman & Boyd ،1981). في حين تبلغ نسبة إنتشار الكآبة الكبرى (Major Depression)، بينهم(3٪) بالنسبة للرجال و(4٪) بالنسبة للنساء(Acocella ،1984 .(Bootzin &

وتأتي الكآبة بالمرتبة الثانية بعد الفصام(الشيزوفرينيا) فيما يخص الحالات التي تدخل مستشفيات الصحة العقلية والنفسية، غير أنها تأتي بالمرتبة الأولى فيما يخص المرضى

الخارجيين، أي الحالات التي تراجع العيادات النفسية، حيث أن ثلث هذه الحالات هي حالات كآبة، وذلك في المجتمع الأمريكي(Woodruff، 1975).

هناك مجموعات معينة داخل المجتمع تكون أكثر حساسية للإصابة بالكآبة. فالفئات الإجتماعية الإقتصادية الدنيا تظهر فيها نسبة عالية من حالات الإكتئاب الكبير، وكذلك بين النساء كما في الإحصاءات أعلاه، وفي الحقيقة فإن نسبة الإصابة بالكآبة بين النساء تبلغ حوالي ضعف ما لدى الرجال. وتوحي الأبحاث الجارية إرجاع أسباب ذلك إلى إختلافات هارمونية بين الجنسين، وتغير الدور الإجتماعي للمرأة. ويمكن ان يكون هناك سبب آخر يكمن في إجراءات التشخيص نفسها، ففي دراسة أجريت في مجتمع بنسلفانيا وجدت أنه في الوقت الذي كانت الإضطرابات الوجدانية هي أكثر الإضطرابات النفسية شيوعاً بين أفراد مجتمع الدراسة. فإنه لا توجد فروق بين الرجال والنساء في نسبة إنتشار تلك الإضطرابات. ويوحي الباحثون بأن هذا يمكن أن يكون صحيحاً بالنسبة للمجتمع بشكل عام(Hostetter & Egeland ،1983).

وكان يعتقد أيضاً أن قابلية التأثر بالإضطرابات الوجدانية تختلف بإختلاف العمر، حيث يكون الأشخاص من متوسطي العمر والمتقدمين في السن، هم أكثر وأعلى المجموعات العمرية تعرضاً للإصابة بالكآبة غير ان العديد من الأطباء النفسيين المعاصرين يرون أن الكآبة تنتشر بصورة متساوية بين الكبار والمراهقين والأطفال، وحتى الأطفال الرضّع، بالرغم من إختلاف صورة أعراضها من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى(Bootzin & Acocella،1984 Davison & Neal ،1982).

إن الكآبة يمكن أن تظهر على الطفل الرضيع في صورة الإمتناع عن الأكل أو صعوبته. فيما يكون فتور الشعور واللامبالاة هي العلامة البارزة للكآبة بين الأطفال. ترافقها أحاسيس حادة من قلق إنفصال الطفل عن والديه، فيرفض الذهاب إلى المدرسة، ويكون مأخوذاً بالخوف من الموت(أو موت والديه). أما في المراهقين فإن الأعراض السائدة للكآبة بينهم هي العبوس، السلبية، الإنسحاب، الشكوى من عدم القدرة على الفهم وربما السلوك المضاد للمجتمع، وتناول المخدرات(1982، Cantwell).

أما بين الكبار، فإن أكثر أعراضها شيوعاً هي فتور الشعور واللامبالاة وصعوبات في التفكير من قبيل فقدان الذاكرة، وبإختصار فإن الكآبة، شأنها شأن أية حالة نفسية أخرى، تعبر عن نفسها بشكل مختلف عبر مراحل الحياة المختلفة(1980، DSM-III).

وجواباً عن تساؤل ما إذا كانت الكآبة تحدث مرة واحدة في حياة الفرد أو تعاود عليه، فإن الإحصاءات توحي بأن(50٪) من الحالات تكون حادثة الإكتئاب البارزة هي الأولى والأخيرة فيها. أما في الخمسين بالمائة الأخرى فإن الكآبة تعاود على هذه، ربما لمرات عديدة، ويبدو ان السياق الذي تحدث فيه الكآبة يتباين تبعاً لمتغيرات كثيرة، كما أفاد بذلك الأطباء النفسانيون المعاصرون. فحوادث الكآبة قد تأتي لدى بعض الناس مجتمعة مع بعضها او متصلة الواحدة بالأخرى كما لو كانت"عنقود عنب". فيما تأتي بالنسبة لآخرين منفصلة وعبر سنوات من العمل الوظيفي العادي، وفي بعض الحالات يتناقص تكرار حدوث الكآبة بتقدم العمر، فيما يكون الحال بعكس ذلك في حالات أخرى، إذ يزداد تعرض الإنسان للكآبة كلما تقدم به العمر. وفي معظم حالات الكآبة المعاصرة، فإن تكيف الفرد في الفترة بين حالة كآبة وأخرى يبدو عادياً بشكل عام. ومع ذلك فإن خمس هذه الحالات، وبخاصة تلك التي تعاود الكآبة لعدة مرات، لا تعود إلى حالتها الوظيفية التي كانت عليها بمستواها قبل بداية الإضطراب. وهذا ليس غريباً في حالة الكآبة، إذ أن الكآبة هي العلة التي تنخر في الثقة بالنفس وتجعلها تتآكل، كما أنها توقع الفوضى أو تمزق العلاقات الأسرية والزواجية، وتعرقل تقدم الفرد في المدرسة أو العمل، وتغير توقعات الناس الآخرين بخصوص الشخص المكتئب، مما تشكل صعوبات كبيرة على الأفراد المكتئبين تحول دون عودتهم إلى حياتهم الطبيعية السابقة، وفيما يأتي إحدى حالات الكآبة المصحوبة بالأوهام، التي توضح لك تطور الكآبة من حادثة إلى حادثة أخرى، والفترات بين هذه الأحداث.

"كان يبلغ الستين من عمره عندما جيء به إلى المستشفى لأنه كان يعاني من الكآبة، ولا يأكل بصورة كافية، ويعتقد بأن معدته قد"فسدت وتهرأت". وكان هذا الرجل يوصف بأنه شخص ودود وإجتماعي، يميل إلى الفكاهة ، ولا يحب أن يجرح أحداً بنقد أو كلمة خشنة. وكان ذا مزاج معتدل وقلب طيب ولا يغضب بسرعة.

وعندما بلغ الحادية والخمسين من عمره بدأ يعاني من الكآبة، واضطر إلى أن يستقيل من وظيفته، وظل على هذه الحال تسعة أشهر شعر بعدها أنه قد شفي تماماً من الكآبة، فعاد ثانية إلى وظيفته، ولكن لسنتين فقط، حيث عاودته الكآبة مرة ثانية، وشفي منها بعدة عدة أشهر، وعاد من جديد إلى عمله، ولكن لشهرين فقط هذه المرة، حيث شعر بأنه لم يعد قادراً على إنجاز عمله بشكل جيد، وأخذ يتكلم كثيراً عن عدم لياقته لواجباته....

وانتهى به الحال إلى أن يستقيل.

وكان في أحد أيام المناسبات الإجتماعية في بيت إبنه في مدينة مجاورة، وهناك شعر بأنه متأكد تماماً من أن أنابيب المياه في بيته تجمدت اثناء وجوده الآن في بيت إبنه، وأنه وعائلته سوف يكون مكانهم...... الشارع، وبعد عدة ايام وجد واقفاً بالقرب من بركة وقد عزم على الإنتحار، وبعدها اصبح اسير فراشه، يغطي رأسه بغطاء فراشه. وكأنه يغلق النافذة التي يطل منها على العالم الخارجي، ثم أعلن أنه قد "فسد وتعفن من الداخل" وأنه إذا ما أكل، فإن الطعام سيقتله، وأبلغ عائلته أن لا تلمس أقداحه أو شراشفه كي لا يتلوثوا.

وعند وصوله المستشفى كان يبدو اكبر من عمره، فقد كان شاحب الوجه، لم يدخل جسمه إلا القليل من الطعام والماء، فبدت شفتاه جافتين، وظهرت على وجهه الندوب. وكانت تعابير وجهه وشكله الخارجي يوحيان وكأنه أصبح يحس بأن حالته أصبحت ميؤساً منها. كان متشرنقاً داخل ذاته غير مهتم بما يجري من حوله، وكان حين تلح عليه بالإجابة عن أسئلة نوجهها إليه، يجيب بصعوبة. ويتأخر كثيراً قبل أن يحاول الإجابة، لكنه تكلم أخيراً بإيجاز، وتردد، وبصوت واطئ. وكان أحياناً يتكلم بإنفعال. ويردد عبارات من قبيل: "أوه، دكتور...أوه، عزيزي...ماذا سأفعل....". وفي تفسيره لسبب وجوده في المستشفى اجاب بأن عائلته هي التي جاءت به لأنها تعتقد بأنني سأستفيد من العلاج": غير انني لا أعرف كيف جاءت بي إلى هنا وهي لا تملك مصاريف العلاج، إلا أنها تكون قد باعت البيت"(Kolb، 376- 375، P، 1973).

★الإضطراب ذو القطبين:

يميل التصنيف الطبي النفسي الحديث إلى تقسيم الإضطرابات الوجدانية الأساسية إلى صنفين كبيرين هما:الإكتئاب الكبير (Major Depression)، ويطلق عليها أيضاً كآبة القطب الواحد (Unipolar)التي تتصف بمزاج الحزن العميق، وإضطرابات في الشهية، والوزن، والنوع، والنشاطات الأخرى.....بالصورة التي مر وصفها في الصفحات السابقة.

أما الصنف الثاني فهو الإضطراب ذو القطبين

(Bipolar Disorder)ويقصد به على وجه التحديد، ذلك الإضطراب الوجداني الذي تظهر فيه أعراض الكآبة والهوس معاً أو بالتناوب. ففي الحالة العادية من هذا الإضطراب يظهر أولاً في شكل هوس(Manic Episode). فيما تحدث الأحداث اللاحقة بأي نمط آخر من الإضطراب أو الإستقرار. إذ قد تتبع البداية الإستهلالية لحادثة الهوس، فترة طبيعية

تماماً، تتلوها حادثة إكتئاب، متبوعة مباشرة بنقيضها. ولا تحدث الفترات الزمنية الطبيعية الفاصلة إلا بين حالة هوس وحالة إكتئاب. ويحصل في حالات نادرة توشع في المزاج، أي التنقل بين الهوس والإكتئاب لفترات طويلة، دون فواصل زمنية يعود فيها الفرد إلى حالته الطبيعية. ويطلق على هذا النوع من الإضطراب النادر: النمط الدائري(Cycling Type). وهناك نمط نادر آخر يطلق عليه: النمط المزيج(Mixed Type)، تتداخل فيه أعراض الهوس بأعراض الكآبة وتظهر في وقت واحد.

غير أن مظاهر الهوس ليس هي الخاصية الوحيدة التي تميز إضطراب القطبين (Bipolar) عن الإكتئاب الكبير (Major Depression). فهناك إختلافات أخرى بين الكآبة الخالصة" أو كآبة القطب الواحد"، وبين الكآبة المصحوبة بالهوس التي إصطلح على تسميتها بالإضطراب ذي القطبين. فهذان الصنفان من الإضطراب يختلفان في نواحي أخرى.

أولاً: إن انتشار الاضطراب ذي القطبين أقل كثيراً من اضطراب الإكتئاب الكبير، إذ لا تتعدى نسبته(1.2 ٪) في مجتمع الراشدين.

ثانياً: هنالك إختلاف بينهما تبعاً لمتغير التوزيع الديموغرافي (السكاني) ذلك أن الإضطراب ذا القطبين يحدث بين الذكور والإناث بنسب متساوية فيما تكون نسبة إكتئاب القطب الواحد بين النساء أكثر كما مر بنا، وبينما تكثر حالات الإصابة الإكتئاب الكبير بين الفئات السكانية الدنيا، فإن الإضطراب ذا القطبين تكثر حالاته بين الفئات السكانية العليا.

ثالثاً: إن الأشخاص المتزوجين أو الذين لهم علاقات حميمة يكونون أقل عرضة للإصابة بالكآبة الكبرى، فيما لا تعني هذه العلاقات شيئاً، او ليست بذي فائدة فيما يخص حالات الإضطراب ذي القطبين.

رابعاً:يميل الأشخاص المصابون بالكآبة الكبرى إلى أنهم كانوا يمتلكون في الماضي تقديراً واطئاً لذواتهم، وتفكيراً قسرياً، وأنهم كانوا إعتماديين فيما لا يوجد في تاريخ المصابين بالإضطراب ذي القطبين مثل هذه الصفات وأنهم كانوا في الغالب أفراداً عاديين.

خامساً: يمكن أن تحدث الإصابة بالكآبة الكبرى في أية مرحلة عمرية، فيما لا تحصل حالة الإصابة بالإضطراب ذي القطبين إلا قبل سن الثلاثين في العادة.

سادساً: يكون السياق الذي يحدث فيه الإضطراب مختلفاً، ففي الإضطراب ذي القطبين تكون الحادثة قصيرة ومكثفة بشكل عام وأكثر تكراراً بالمقارنة مع حالات الكآبة الكبرى.

سابعاً: يكاد الإضطراب ذو القطبين أن يكون محصوراً في عوامل معينة، فيما لا يكون الأمر كذلك بالنسبة للكآبة الكبرى.

(Cross & Hirschfeld, 1978, Moner & Depue1980,DSM-lll, 1982, Nolen, 2001.

وبما أن الحادثة الأولى في الإضطراب ذي القطبين تميل إلى أن تبدأ بحالة هوس، فإن الشخص الذي يمر بحادثة هوس من دون أن يكون له تاريخ سابق من إضطراب وجداني واضح وبارز، يصنف في العادة على أنه مصاب بإضطراب القطبين، ويتوقع له بأنه سيقع في حالة كآبة. ومع ذلك فقد لا يحصل أحياناً أن يكون الأمر كذلك. إذ قد يحصل العكس، فيشفى الشخص ولا تمر به فترات من التمزق الوجداني. أو -هذه حالة نادرة- قد يمر الفرد بسلسلة من نوبات أو حالات الهوس، دون أن تتخللها نوبات أو حالات إكتئاب(Bootzin & Acocella، 1984)وينبغي أن لا يطلق على مثل هذه الحالات بأنها من نوع الإضطراب ذي القطبين ما دامت تبدو بقطب واحد(أي هوس من دون كآبة). ومع ذلك فإنها تصنف ضمن الإضطراب ذي القطبين، لأنه يخلوها من الأعراض أو الأحداث الإكتئابية فأنها تميل إلى أن تشبه الإضطراب ذا القطبين الكلاسيكي، سيما أن هذه الحالات تستجيب طبياً للعلاج الذي يعطى للمصابين بإضطراب ذي القطبين. ومع ذلك فإن بعض الباحثين يشكله في هذا التشخيص، ويعزو السبب إلى إنعدام المتابعة الطويلة لهؤلاء، مفترضين أن المتابعة الطويلة لحالاتهم ستكشف عن وجود نوبات أو فترات من الكآبة، مروّا أو سيمرون بها.

أبعاد إضطرابات المزاج

فضلاً عن أهمية التمييز بين الإضطراب ذي القطبين وإضطراب الكآبة الكبرى، فإن هناك أبعاداً(Dimensions) معينة اخرى، أو نقاطاً من الإختلافات يجد فيها الباحثون والأطباء النفسانيون فائدة في تصنيف إضطرابات المزاج(الوجدانية). وسنناقش هنا بعدين فقط هما: بُعد الذهان- العصاب(Psychotic-Neurotic) وبُعد الذاتي- الخارجي(Endogenous – Reactive).

★الذهاني مقابل العصابي:

كما مرّ بنا في فصول سابقة. فإن الإضطرابات النفسية يمكن أن توصف من حيث حدتها، أما ذهانية(Psychotic) او عصابية(Neurotic). ويقوم هذا التمييز تقليدياً على مسألة الإتصال بالواقع، أي القدرة على إدراك الفرد لبيئته والتفاعل معها بحالة معقولة. وكما مرّ بنا أيضاً. فإن العصابيين قد يكونون ضعفاء أو عاجزين وبدرجة خطيرة. ولكنهم نادراً ما يقال عنهم انهم فقدوا صلتهم بالواقع أما الذهانيون فإن إدراك الواقع لديهم يتشوه بدرجة كبيرة، فتنتاب الكثير منهم الهلاوس والأوهام، فيما ينسحب آخرون لأن يقعوا في عالمهم الشخصي الخاص، ولأن إحساس الذهاني يتشوه بدرجة خطيرة، فإنه لهذا السبب بالدرجة الأولى يوضع في المستشفيات العقلية.

إن التمييز على بعد العصابي- الذهاني غالباً ما يتم إعتماده في الإكتئاب ففي الكآبة العصابية، قد يعاني الأفراد المصابون بها من كرب شديد، ولكنهم يبقون يعرفون ما يجري من حولهم، ويظلون ينجزون أعمالهم بهذه الدرجة أولئك، ويتناقشون مع الآخرين بشكل عادي ومعقول، وقد يراجعون إختصاصياً في العلاج النفسي.

أما في الكآبة الذهانية، فإن الهلاوس والأوهام، أو الإنسحاب التام، تقطع الصلة بين الفرد وعالمه الخارجي، مما يجعل تكيفه للبيئة أمراً مستحيلاً.

هل هذا يعني أن الإضطرابات الوجدانية العصابية والذهانية كيانين أو وجوديين(Entity) مختلفين وموجودين سوية؟.

إن الموقف التقليدي يجيب عن ذلك بالإيجاب: فكربلن، على سبيل المثال، وضع في نظامه التصنيفي كل اضطرابات المزاج تحت عنوان رئيس هو"الذهان الإكتئابي الهوسي" التي نظر إليها على أنها أمراض عضوية تختلف تماماً عن الإنزعاجات المتطرفة التي تصيب المزاج، التي أطلق عليها لاحقاً مصطلح العصاب. وما يزال الكثير من المنظّرين على هذا الراي.

وهناك من يجادل بأن التمييز بين الكآبة العصابية والكآبة الذهانية هو مسألة كمية أكثر منها نوعية(1986، Kendell، 1967، Beck). وهذه النظرية التي تعرف بالفرضية المستمرة (Continuity Hypothesis) تقوم على فكرة أن الكآبة تظهر، قبل كل شيء، على أنها شكل متضخم من الحزن أو الكرب اليومي، وطبقاً لمقترحات الفرضية المستمرة أو المتصلة فإن الكآبة الذهانية، والكآبة العصابية، أو الحالات العادية المورثة للكآبة هي

ببساطة نقاط مختلفة تقع على متصل واحد، وكلما كان الإضطراب أكثر حدة، كلما ظهرت على الشخص أعراض أكثر(1967، Beck . وهكذا يرى هذا الرأي بأن هذه الحالات واحدة ما دامت تقع على متصل واحد، وأن المسألة هي إذا ما كانت أعراض الحالة أكثر أم أقل بالمقارنة مع حالة أخرى، وهكذا يكون الفرق بين حالات الكآبة في الكم لا في النوع.

وهناك من يرى بأنه لا يوجد مبرر لفصل المرضى تحت مسميات تصنيفها تتنوع بين الذين يظهرون أعراضاً كثيرة متطرفة والذين يظهرون أعراضاً قليلة ومعتدلة، ومع أن المرشد الطبي النفسي الأميركي(DSM) يناصر هذا الموقف. فإن القائمين بالتشخيص ما زالوا يتوقعون ملاحظة ما إذا كان سلوك المراجع ذهانياً، غير أن جميع الإضطرابات الوجدانية الحادة، سواء كانت عصابية أو ذخانية، قد وضعت تصنيفياً في مجموعة واحدة تحت عنوان رئيس الإضطرابات الوجدانية الكبرى أو الأساسية (Major Affective Disorders)(وجرى مؤخراً فصل الإضطرابات الوجدانية الأقل حدة).

*الذاتي مقابل الخارجي:

تميل مقترحات الفرضية المتصلة إلى الإعتقاد بأن جميع الإضطرابات الوجدانية هي في جزئها الأكبر نفسية عضوية، ويعتقد أولئك الذين يتبنون رأي كريلن من ان الأشكال أو الحالات العصابية فقط هي نفسية عضوية، أما الأشكال أو الحالات الذهانية فهي نشوئية حيوية(Biogenic)، أي أنها نشأت بفعل الكائن الحي نفسه، وليس للبيئة علاقة بالموضوع،وعلى أساس وجهة النظر هذه ظهر البعد الثاني في الإضطراب الوجداني:الذاتي(Endogenous)مقابل الخارجي(Reactive). وظهر هذان المصطلحان أصلاً بقصد الإشارة ما إذا كانت الكآبة، أو لم تكن، مسبوقة بحادثة ساهمت في إحداثها، من قبيل موت أحد أفراد العائلة، أو فقدان عمل أو حصول خسارة مالية. فإذا كانت الكآبة ترتبط بحادث أو موقف خارجي من هذا القبيل،فإنه يطلق عليها"خارجية أو إنفعالية Reactive"، أما إذا لم تكن مرتبطة بأي موقف أو حدث خارجي فإنه يطلق عليها"ذاتية Endogenous"(وتعني حرفياً أنها نشأت من داخل الفرد نفسه). وطبقاً لمؤيدي وجهة نظر كريلن فإنه ينظر إلى حالات الكآبة العصابية على أنها"خارجية" بشكل عام، وأنها بالتالي نفسية حيوية(Psychognic)، بينما ينظر إلى حالات الكآبة الذهانية على أنها "ذاتية" بشكل عام، وهي بالتالي نشوئية حيوية(Biogeneic).

غير أن هذا الموقف لا يبدو ثابتاً. فغالباً ما تكون هناك صعوبة في التحديد على وجه اليقين ما إذا كانت هناك حادثة معينة قدحت زناد الكآبة. فقد لا يكون الأصدقاء أو الأسرة عارفين بالصدمة النفسية التي عانى منها مريضهم، وقد ينسى أو يغفل المريض نفسه تلك الحادثة التي فتحت باب الكآبة عليه.

ومع ذلك فإن التمييز قد وضع أساساً على وفق ما يبدو من أعراض فالمرضى الذين تظهر عليهم أعراض"خاملةVegetative" أو جسمية، من قبيل، فقدان الوزن، الرغبة الجنسية، وعجز أو ضعف في الحركة النفسية، فإنهم يصنفون في العادة"ذاتيونEndogenous". أما أولئك الذين تظهر عليهم إضطرابات معرفية وإنفعالية فإنه يطلق عليهم "خارجيون Reactive".

إن التمييز بين الذاتي والخارجي القائم على أساس الأعراض يبدو أنه يصف فعلاً فرقاً جوهرياً جرى التوكيد منه، ذلك هو الإختلاف في أنماط النوم(1978، Kupter & Foster)، وكذلك في الإفرازات الهورمونية(1981، Carroll). فضلاً عن أن هذا التمييز مفيد في التنبؤ بالإستجابة للعلاج، فالحالات التي تصنيف على أنها ذاتية (Endogenous) تستجيب أكثر للعلاج البيولوجي"مثل العقاقير".

على إننا ينبغي أن نشير هنا إلى أن المرشد الطبي النفسي الأميركي(DSM) قد أبقى على بديل الذهان في الكآبة غير أنه أسقط مفهوم الكآبة العصابية ويجري تشخيص المرضى المكتئبين على انهم ذهانيون عندما تظهر عليهم أعراض الأوهام والهلاوس، فضلاً عن اعتقادهم بأنهم يعاقبون لذنوب أو خطايا كانوا قد ارتكبوها في الماضي، وقد تستحوذ عليهم الأوهام لدرجة اعتقادهم بأن العالم مقبل على نهايته(1978، Bowers & Nelson). ويمكن التمييز بين إضطرابات المكتئبين الذهانيين، والمكتئبين غير الذهانيين. من أن الصنف الأول لا يستجيب في العادة بشكل جيد إلى العقاقير الطبية المستعملة في علاج الكآبة. لكنهم يستجيبون لهذه العقاقير عندما تكون مصحوبة بعقاقير أخرى تستعمل في علاج إضطرابات أخرى مثل الفصام.

وطبقاً إلى المرشد الطبي النفسي الأميركي فإن بعض المصابين بالكآبة ذي القطب الواحد، أو الكآبة الكبرىMajor Depression) قد تظهر عليهم أيضاً أعراض "الميلانخوليا"(الإحساس بالكرب والحزن العميق).فلا يجدون أية متعة في أي نشاط كان، ولا يشعرون بالقدرة على أن يكونوا في حال أفضل، حتى ولو موقتاً، او لدى حدوث أمور

تبعث على الإرتياح او السعادة، ويكون مزاجهم المكتئب هذا مختلفاً عن الحزن"المادي". ويكون على أسوأ حالاته في أوقات الصباح. فهم يستيقظون مبكرين قبل ساعتين، يستولي عليهم الإحساس بالذنب بصورة قوية. ويكونون إما في حالة خمول وبلادة. أو إستثارة قوية، غير ان التمييز بين الكآبة من دون"ميلانخوليا"والكآبة المصحوبة بها مسألة غير معروفة في الوقت الحاضر(Neale & Davison، 1982). ويبدو أن الكآبة المصحوبة "بالميلانخوليا" مشابهة لحالات الكآبة التي تقع على نقطة" الذاتيEndogenous " في بعد"الذاتي – الخارجي"الذي تحدثنا عنه آنفاً.

المنطلقات النظرية في تفسير إضطرابات المزاج

كما هي الحال في التنظير بخصوص الإضطرابات والأعراض السلوكية الشاذة الأخرى، فإن الكآبة والإضطرابات الوجدانية بشكل عام تناولتها منطلقات نظرية متنوعة أكد بعضها متغيرات نفسية وأكد بعض آخر متغيرات فسيولوجية فيما كان لبعض ثالث موقف آخر، مما يوحي بأن توكيد أي منطلق نظري منها كان يغالي أو يضخم من دور متغيرات معينة على حساب متغيرات أخرى.

في هذا الجزء من الفصل، سنتناول هذه المسألة بشيء من التحديد والتركيز، وهو أمر ضروري ليس في توسيع القاعدة النظرية للمشتغلين بالطب النفسي والإختصاصيين في علم النفس ومريديه فحسب، إنما أيضاً في التعامل مع الحالات التي يخبرها الفرد نفسه، أو التي يصادفها في حياته اليومية.

أولاً:المنظور النفسي الدينامي:

تنضوي تحت هذا المنظور أكثر من نظرية،نستهلها بأكثرها تأثيراً، ونعني بها المساهمة الأساسية التي قدمها التحليل النفسي في هذا الميدان، على أنه ينبغي ملاحظة أن النظرية النفسية الدينامية(Psychodynamic) أولوت معظم إنتباهها إلى الكآبة وليس إلى الهوس(Mania). لأنها نظرت إلى الكآبة على أنها إضطراب أساسي، وأنه إذا ما صاحبها الهوس، فلن يكون أكثر من مجرد عملية دفاعية في التكوين العكسي ضد القلق.

كانت النظرية السائدة في تفسير الإضطرابات الوجدانية هي نظرية كريلن (Kraepelin)، الحيوية النشوئية(Biogenic). وكان اول تحد جدي لهذه النظرية قد جاء من فرويد والتحليلين النفسانيين الأوائل، الذين حاولوا أن يثبتوا بأن الكآبة ليست عرضاً لضعف أو عجز عضوي، إنما هي دفاع شديد وشامل يقوم به الفرد عندما يكون في حالة لا

يطيق معها ظروف الحياة(Lipton ،1972). وقد يكون للكآبة نتائج بايولوجية، غير أن سببها نفسي وليس بايولوجياً(Bootzin & Acocella،1984).

لقد أعلن فرويد موقفه بوضوح في ورقته الكلاسيكية"الحداد والميلانخوليا 1917، Mourning & Melancholia" التي ميّز بها فيها بين الحزن(Grief) والكآبة وادعّى بأن هاتين الحالتين ما هما إلا ردود فعل لفقدان شخص محبوب، يكون في حالة الحزن شعورياً. فهي تبقى الإحساس الحقيقية للفقدان لا شعورية في حالة الكآبة . ولهذا يكون إدراك الفقدان في حالة الكآبة مشوهاً (Distorted) ويكون الأنا(Ego) ضعيفاً في محاولته كبت المشاعر الحقيقية للحزن والغيظ، وكما أشار فرويد فإنه"في حالة الحزن يصبح العالم ضئيل القيمة وفارغاً، أما في"الميرنخوليا" فإن الأنا هو الذي يصبح كذلك". وأضاف بأنه ليس من الضروري أن تحتاج الكآبة إلى فقدان فعلي لموضوع محبوب لكي يُقدح زنادها، بل قد تنشأ أيضاً من فقدان متصور أو متخيل أو وهمي، أو فقدان رمزي، ويبدو أن فرويد قد عمد إلى إضافة الفقدان الرمزي (Symbolic Loss) عندما وجد أن الكثير من الناس يمكن ان يصبحوا مكتئبين ويظلوا كذلك من دون أن يكونوا فقدوا شخصاً يحبونه . ولهذا ابتكر هذا المفهوم ليبقى على التكوين النظري متماسكاً، ومثال على ذلك، الشخص الذي يفسر الرفض، بطريقة لا شعورية، على أنها إنسحاب تام من الحب.

ولقد عمد أحد تلامذة فرويد، وهو كارل أبراهام(Abraham) إلى تقديم إيضاحات وإضافات على نظرية فرويد، حيث افترض أن الكآبة يمكن أن تنشأ من حالة التناقض الوجداني إزاء موضوع معين، أي حين تكون لدى الشخص مشاعر إيجابية ومشاعر سلبية (حب وكره) في الوقت نفسه، نحو ذلك الموضوع. ففي حالة هجران موضوع الحب، فإن المشاعر السلبية للفرد تعمل بمهمة ونشاط على إثارة الغضب. وفي الوقت نفسه فإن المشاعر الإيجابية للفرد تسبب الإحساس بالذنب، أي الإحساس بأنه كان قد فشل في أن يتصرف بشكل مناسب نحو موضوع الحب الذي فقده الآن.

إن هذه الإنفعالات المتصارعة تجتمع سوية لتخلق الإحساس بالفقدان المتمركز على الذات. وطبقاً لأبراهام فإن نوعية المتمركز على الذات هي التي تميز الكآبة عن الحزن العادي، فالكآبة، بمعنى آخر، هي حالة نرجسية متجهة إلى الداخل في حين أن الحزن حالة واقعية متجهة إلى الخارج.

وتأسيساً على نظرية فرويد القائلة بأن الأمراض النفسية تنتج من إضطرابات كان قد مرّ بها الفرد في مراحل التطور النفسي الجنسي، فإن ابراهام افترض بأن الفرد يمكن أن يكون اكتسب استعداداً للإصابة بالكآبة نتيجة لعدم حصوله على الحب أو الإشباع خلال المرحلة الفمية، وأحد مظاهر التثبيت الفمي هو الإتكال أو الإعتماد الشديد على أشخاص آخرين للحصول على الأستاذ والإشباع الإنفعالي. وأن هذا الإتكال، طبقاً إلى مايرى ابراهام، يمكن أن يسهم في الكآبة، لأن أي رفض مهما كان بسيطاً يمكن أن يقود إلى فقدان تام لتقدير الذات في الشخص الذي يكون معتمداً على الآخرين بصورة عالية.

وهناك خاصية أخرى في التحليل النفسي للكآبة تقوم على مفهوم الإندماج الفمي(Oral Incorporation). وطبقاً لأبراهام وفرويد فإن الطفل يكون مخلوقاً بدائياً في المرحلة الفمية، ينزع إلى الإشباع الفمي و"يلتهم"رمزياً موضوع الحب، ويكون توحّده به متطرفاً، ويندمج به عقلياً، ويتشرّبه في ذاته، لكي يتجنّب فقدانه له. وعندما يصبح هذا الطفل كبيراً، ويتعرض فعلاً إلى فقدان موضوع الحب، فإن غيظه وتعنيفه وتوبيخه ولومه تتحول إلى داخله بدلاً من ان تتحول إلى الخارج فيصبح موبخاً لذاته، عيافاً لها. وهذا المفهوم الذي يمكن أن يطلق عليه"الغضب إلى الداخل Anger-in"، أي توجيه الغضب نحو ذات الفرد لمعاقبة موضوع الحب المندمج فيه أو الذات التي لا تستحق حب ذلك الموضوع، ما زال يرى فيه الكثير من المحللين النفسانيين أنه العامل الجوهري في حدوث الإكتئاب. ورغم أن المنظرين من منطلقات أخرى لا يوافقون على الدور الرئيس للغضب في إحداث الكآبة، فإن الكتاب التحليلين يردون على ذلك بأن الغضب والقلق عنصران واضحان في الكآبة. وأن الملاحظة البسيطة تدل على ذلك.

وهناك إتجاه حديث في التنظير النفسي الدينامي في دراسة الكآبة عندما تكون استجابة لفقدان فعلي أكثر منها لفقدان رمزي أو فقدان لتقدير الذات، وكما رأينا في السابق، أن الحادثة التي تسهم في الكآبة تتضمن في الغالب الفقدان أو التهديد بالفقدان لشخص قريب من المريض المكتئب، ويعتقد بعض الباحثين أن صدمة الفقدان هذه لم تكن بدايتها الحادثة التي سببت الكآبة لدى هذا الشخص، إنما بالأحرى تضرب بجذورها بعيداً في الطفولة، وأنه لابد أن يكون تعرض إلى نوع من فقدان أحد الوالدين عندما كان طفلاً(Bowlby ،1973). ويقدم "بولبي" هذا وصفاً لثلاث مراحل يمر بها الرضيع الذي يعاني

من العزلة أو الفصل عن امه، هي: فترة الاحتجاج ثم اليأس، فالانسحاب والانفصال، وهذه المرحلة الأخيرة تشبه ما نطلق عليه الكآبة لدى الراشدين.

ولقد وجدت هذه المراحل من الاستجابات في صغار القردة التي عزلت عن أمهاتها(1977، Harlow & Suomi). وطبقاً لهارلو وزملائه فإن الفقدان المبكر للأم، يخلق لدى صغيرها قابلية الإنجاح أو سرعة التأثر بالكآبة في حياته اللاحقة، وهذا يعني أن الكآبة التي يصاب بها الفرد الراشد قد تكون إستجابة لفقدان مرّ به في فترة الطفولة.

غير أن الدراسات التي حاولت تقويم هذا الإفتراض لم تتوصل إلى فروق بين المكتئبين وغير المكتئبين فيما يتعلق بتعرضهم لخبرة الفقدان المبكر في الطفولة، وعليه فإن النظرية القائلة بأن الفقدان المبكر يخلق الإنجراح أو سرعة التأثر بالكآبة فيما بعد تبقى من دون سند أو بينة عملية(Eliot & Crook, 1980).

*المنظور الإنساني-الوجودي:

يفسر الوجوديون الكآبة على انها إستجابة لعدم الأصالة (Inauthenticity). ويعنون بالأصالة"محاولة الفرد لممارسة قدراته ووعيه المسؤول في إتخاذ لقرار " (صالح، 1987، ص207). فالكآبة في نظرهم هي إستجابة لشيء جوهري تماماً هو الإحساس "بعدم الوجودNonbeing"، الناجم عن الفشل في أن يعيش الفرد حياته بأصالة وبشكل كامل، وإذا ما تحدث المكتئبون عن الإحساس بالذنب، فإن الوجوديين يرون، مع الإنسانيين أيضاً، أنهم عدوا انفسهم مذنبين لأنهم فشلوا في صنع خيارات، وعجزوا عن تحقيق إمكاناتهم بصورة كاملة، ولم يتحملوا مسؤوليتهم إزاء حياتهم(1955، May). هذا يعني أن الكآبة في مفهوم الوجوديين هي رد فعل واضح وصريح ومفهوم للوجود غير الأصيل.

وإحدى نواحي هذا الوجود غير الأصيل هو الخوف من العزلة. أي خوف الفرد من أن يكون وحيداً، منعزلاً عن الاخرين، وكما مر بنا فإن المكتئبين غالباً ما يتكلون على الآخرين، وأن ما يسهم في إحداث الإكتئاب، في الغالب، هو فقدان علاقة مهمة، وهكذا فإن الوحدة او العزلة (Loneliness) ربما تشكل مكوّناً مهماً في الكآبة. وأن هذه العزلة، على ما يرى الوجوديون، هي حالة لا يمكن تجنبها ولا معالجتها، وينبغي ان ينظر لها على انها ظرف إنساني على الفرد أن يتقبلها وينتفع منها في نموه الشخصي. اي أن الوجوديين ينظرون إلى العزلة وكأنها قدر الإنسان في وجوده، وهذه وجهة نظر من الصعب ان يتقبلها الناس بشكل عام. فالناس يستجيبون إلى العزلة بمشاعر القلق، وينشغلون في نشاطات

إجتماعية تافهة أو خالية من المعنى، لا تفيد في التخفيف من مخاوفهم. وطبقاً للوجوديين فإن هذا الكفاح الذي لا جدوى منه في تجنب العزلة هو الذي يساهم في إحداث الكآبة. وعليه فإنه لا سبيل لعلاج الكآبة، من المنظور الوجودي، إلا بمساعدة المريض في أن ينظر إلى آلامه الإنفعالية كحالة من رد فعل أصيل، يجب عليه أن يتقبلها، ويعطيها قيمتها، ويتعلم منها، بان يفهم من أن تحقيق الإشباع أو الرضا الشخصي لا يمكن بلوغه بأن يقبل او يوافق دائماً على توقعات المريض بأنه إذا كان الخوف من العزلة يؤدي إلى الإكتئاب، فإن عليه أن يواجه هذه العزلة، ويتقبلها كحالة وجودية وأن يمنحها قيمة،بأن يجعلها حافزاً يستحثه نحو تحقيق أهدافه الشخصية المتفردة.

***المنظور السلوكي:**

تنضوي تحت المنظور السلوكي عدة نظريات في تفسير الإضطرابات الوجدانية. غير أننا سنقصر مناقشتنا على توجهين رئيسين في هذا المنظور، أحدهما يركز في المعززات الخارجية، والآخر يركز في العمليات المعرفية.

***الإنطفاء:**

ينظر الكثير من السلوكيين إلى الكآبة على أنها ناتجة عن الإنطفاء (Extinction)؛ (Frester, 1973, Lazarus, 1968 Lewinsohn,1974) ويرى "لازاروس" أن الكآبة هي"دالة عدم كفاية أو عدم مناسبة المعززات"(Lazarus, 1968, P, 84). بمعنى أنه إذا لم تتم مكافأة سلوك معين فإن الفرد يتوقف عن أداء ذلك السلوك، ويصبح غير فعال، وينسحب...أي يصبح مكتئباً.

ولكن ما الذي يسبب خفض التعزيز؟ يجيب لفينيسون عن ذلك بقوله: إن مقدار التعزيز الإيجابي الذي يستلمه الفرد يتوقف على ثلاثة عوامل كبيرة هي:-

1.عدد ومدى المثيرات المعززة لذلك الشخص.

2وجود مثل هذه المعززات في البيئة.

3مهارة الشخص في الحصول على التعزيز.

وأن أية تغيرات مفاجئة في بيئة الشخص يمكن أن تؤثر في أي من هذه العوامل، فالذي يحال على التقاعد بخلاف رغبته، على سبيل المثال، قد يجد في العالم خارج المؤسسة أو الدائرة التي كان يعمل فيها أشياء قليلة من التعزيزات، أو الرجل الذي ماتت زوجته حديثاً ولا يجد في نفسه المهارة الإجتماعية تمكنه من زواج حديث.

ففي حالات كهذه لا يعرف الناس كيف يحصلون على التعزيز، وبالتالي فإنهم ينسحبون إلى داخل أنفسهم، ومثل هذا الإنسحاب هو المتوقع في حالة الناس الذين يستغرقون أو يستسلمون لما تصيبهم من تغيرات مؤلمة.

ولقد أوضح "ليفنسون" و"ليبت" في دراسة لهما أن الكآبة ناجمة عن نقص في المعززات الإيجابية، حيث وجد أن مجموعة الطلبة المكتئبين كانت أقل إنشغالاً بالنشاطات السارّة بالمقارنة مع المجموعة العصابية غير المكتئبة والمجموعة السليمة أو العادية. كما أنهما توصلا إلى نتائج تتساوق مع فرضية الإنطفاء، فلقد كان، على سبيل المثال، إعتراض على هذه الفرضية قائم على إفتراض مضاد مفاده أن المكتئبين يقاومون التعزيز، وانهم لا تنقصهم مصادر المتعة، إنما الأحرى فقدوا المتعة على أن يعيشوا أو يتحسسوا المتعة، ومع ذلك فقد وجد هذان الباحثان أن مزاج الشخص يتقلب تبعاً لعدد الأحداث المسرّة وغير المسرّة التي يمر بها، وأنه حتى في حالة المصابين بكآبة حادة، إذا ما تعلموا خفض تكرار الأحداث غير المسرّة، وزيادة تكرار الأحداث المسرّة فإنهم سيظهرون إرتفاعاً في المزاج(Lewinsohn et. Al. 1980).

وهناك أيضاً بعض الإسناد الامبريقي لادعاء "الفينسون" من ان الكآبة قد تكون نتيجة نقص في مهارة الحصول على التعزيز. إذ تشير الدراسات المتعلقة بالتعزيز الإجتماعي إلى أن المكتئبين أقل خبرة أو مهارة في التفاعل مع الآخرين، (Lewinsohn & Youngren,1980). وأنهم اكثر احتمالاً لأن يثيروا في الآخرين ردود فعل سلبية ضدهم (Robinson & Gotlib, 1982). وسواء كان هذا النقص في المهارة الإجتماعية موجوداً أو غير موجود قبل الإصابة بالكآبة، فإنه يسهم في إدامتها، ويميل السلوكيون على معالجة الكآبة بزيادة التعزيز من خلال مشروع يتضمن تعلم المتعة أو البهجة، والتدريب على المهارات الإجتماعية.

*العجز المتعلم:

لابد أولاً من التعريف بالعجّز المتعلم (Learned Help;essness) فنقول أنها نظرية طرحها سيلكمان(Seligman)، حاول فيها دراسة هذه الظاهرة من حيث الأسباب والأعراض والعلاج، وتقوم اساساً على نظرية العزو(Attribution Theory) التي يعرفها علماء النفس الإجتماعيون بأنها"مجموعة من النظريات تتعلق بالكيفية التي بها ننظر إلى أنفسنا والآخرين والأحداث"(Baum et.al. 1985, P,561). وتحاول هذه النظرية في علم

النفس الإجتماعي لتفسير عمليات العزو، التي يمكن تعريفها بأنها" العملية التي تحدد من خلالها ما إذا كان سلوك الفرد يحدده الموقف الذي هو فيه، أو الخصائص الثابتة التي يمتلكها ذلك الفرد "(Rubin & Raven, 1983, P, 719).

ويرى سيلكمان أن أسباب العجز هي اعتقاد الفرد العاجز بلا جدوى الفعل، أي أن الفرد العاجز هو ذلك الذي آمن ويؤمن، أو تعلم أو يعتقد بعدم قدرته على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته، أي تخفيف معاناته، والحصول على الرضا والسرور. أي أن العجز يظهر فقط في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأنه لا حول ولا قوة له إزاء مواقف الحياة ولا أمل له فيها(جاسم، 1990، ص3).

فقد افترض سيلكمان(1975) وبتفسير يميل أكثر إلى أن يكون معرفياً (Cognitive) إن الكآبة يمكن فهمها على أنها شبيهة بظاهرة العجز المتعلم لدى الحيوانات. فلقد درست هذه الظاهرة أولاً على الكلاب في مختبرات تجريبية، فبعد أن تم تعريض عدد من الكلاب إلى صدمات كهربائية لا يمكن التخلص منها. وجد "سيلكمان" وزملاؤه، أن هذه الكلاب نفسها إذا ما اخضعت إلى صدمات كهربائية يمكنها التخلص او الهرب منها، فإنها إما لا تبادر إلى الهرب، أو أن إستجابتها للهرب تكون بطيئة أو في غير محلها، واستنتج الباحثون من هذه التجربة، انه خلال المرحلة الأولى من التجربة حيث لم يكن بالإمكان التخلص أو الهرب من الصدمات الكهربائية، فإن الكلاب تعلمت أن الصدمة غير قابلة للسيطرة عليها، وهذا هو الدرس الذي تعلمته الكلاب واستمرت عليه في المرحلة الثانية من التجربة، حيث كان بمستطاعتها أن تتعلم الهرب من الصدمات(Mair et. Al. 1969).

وبعد إجراء بحوث أخرى في العجز المتعلم على الحيوانات والبشر، أوضح سيلكمان أن هذه الظاهرة شبيهة بالكآبة في أعراضها، وسببها الإفتراضي وعلاجها أيضاً. وعلى أساس هذا الشبه أو المماثلة افترض أن الكآبة حالها حال العجز المتعلم، إذ ما هي إلا نتيجة صدمات(Traums) لا يمكن التخلص منها أو تبدو كذلك. تخدم في تعلم الفرد من أنه تنقصه السيطرة على التعزيز، فيفشل بالتالي في تقديم أية إستجابة تكيفية، وهنا لا بد من ملاحظة فرق جوهري بين هذه النظرية ونظرية الإنطفاء التي مر ذكرها، إذ في هذه الأخيرة يكون العامل الحاسم هو الظرف البيئي الموضوعي. أي نقص في التعزيز الإيجابي، أما في نظرية العجز المتعلم فإن العامل الحاسم هو عملية معرفية ذاتية، هي تحديداً توقع(Expectation) في نقص السيطرة على التعزيز.

غير أن هناك جوانب ضعف في نموذج العجز الخاص بالكآبة، فكما أشار سيلكمان وزملاؤه إلى أن هذا النموذج ربما يفسر الخاصية السلبية للكآبة، ولكنه يفسر خاصيتي الحزن والإحساس بالذنب، كما أنه لا يأخذ في الإعتبار حقيقة أن الحالات المختلفة في الكآبة تتباين بشكل واضح من حيث شدتها وطول فترتها.

ولسدّ هذه الثغرات عمد الباحثون إلى إعادة النظر في النظرية وتنقيحها وطبقاً لصياغتهم الجديدة فإن الكآبة تعتمد ليس فقط على الإعتقاد بنقص السيطرة على التعزيز، إنما أيضاً على عزو هذا النقص في السيطرة، أي الأسباب التي يعزو لها الفرد هذا النقص. ويطرح دانكر(Danker & Others, 1982) شرحاً مبسطاً لفرضية الصياغة الجديدة هذه فيشير إلى أن الفرد عندما يدرك عدم وجود علاقة بين الإستجابة- الناتج(أي يشعر بأنه غير مسيطر على الناتج) فإنه يعزو سبب فقدانه السيطرة هذه إما إلى ما هو (داخلي) أي(العناصر مثل القدرة، الجهد...الخ) أو إلى ما هو خارج عن نطاق سيطرته(خارجي)أي (العناصر مثل الحظ، صعوبة المهمة،....الخ) ،و/أو لعناصر ذات تأثير (مستقر) عبر الزمن(مثل القدرة، صعوبة المهمة...الخ) أو لعناصر تتغير بمرور الوقت (غير مستقرة) (مثل الحظ، الجهد، ...الخ)، و/أو لعناصر يعتقد الفرد أن تأثيرها عليه(أي على عدم سيطرته على الناتج) ترتبط بناتج أو موقف معين، أي عنصر(محدد) أو أن تأثيرها فيه يمتد ليشمل نواتج أو مواقف عديدة في حياته، أي عنصر شامل(جاسم، 1990).

وهكذا، فبعد أن كانت الصياغة الأصلية، سلوكية- معرفية أصبحت بعد التنقيح صياغة معرفية صريحة، يكون فيها إحتمال حدوث الكآبة وشدتها يعتمد على الكيفية التي بها يفسر الأفراد لأنفسهم نقص السيطرة لديهم، ولقد اجريت في السنوات الأخيرة دراسات كثيرة خرج قسم منها بنتائج مؤيدة، فيما أشار قسم آخر إلى عدم وجود علاقة بين اسلوب أو نمط العزو والكآبة(انظر:Metalski et. Al, 1982 Golin et. Al, 1981;)

وخلاصة الأمر، فإنه يبدو من الواضح أن العوامل المعرفية لها دورها فعلاً في الكآبة وما يبدو غير واضح هو: أي من هذه العوامل أو المتغيرات المعرفية يسهم في إحداث الكآبة. وما إذا كانت تهيئ الشخص عملياً للكآبة، أم أنها مجرد نتيجة مترتبة من هذا الإضطراب.

★المنظور المعرفي:

يحدث في الكآبة- كما- رأينا- عدد من التغيرات:الإنفعالية، والدافعية، والمعرفية، والجسمية. ويرى المنظرون المعرفيون أن التغيرات المعرفية هي العامل الحاسم بمعنى ان الطريقة التي بها"يفكرThink" الناس بخصوص انفسهم هي التي تؤدي إلى حدوث التغيرات الأخرى.

ويعد بيك(Beck) من أبرز أصحاب هذا التوجه، حيث ضمّن بنظريته نتائج تشير إلى أن هلاوس وأوهام واحلام المرضى المكتئبين غالباً ما تحتوي على افكار بخصوص معاقبة الذات، والفقدان، والحرمان (Beck ،1976) وهذا التحيز السلبي -أي النزعة لأن يرى الفرد نفسه فاقداً(Loser) أو فاشلاً هي السبب الأساس في الإكتئاب. فإذا ما طور الفرد، بسبب خبرات الطفولية، مخططاً (Schema) تكون فيه الذات، والعالم، والمستقبل في رؤية سلبية، فإن هذا الفرد سيتكون لديه الإستعداد للإصابة بالكآبة ،ويمكن للضغوط أن تنشط المخطط السلبي، فيما تعمل نتائج المدركات السلبية على تقوية هذا المخطط. فالحزن أو الغم- مثلاً الناجم عن استمرار المكتئب على تفسيراته السلبية للخبرة. إنما يفسر بالمقابل على أنه الدليل أو استمرارية المكتئب على تفسيراته السلبية للخبرة. إنما يفسر بالمقابل على أنه دليل أو بيئة إضافية موضوعية على إنعدام الأمل والإستسلام لليأس، وهنا تصبح المنظومة المعرفية السلبية أكثر سيطرة على الفرد. تقوده تدريجياً إلى أعماق الكآبة.

ولقد أيدت البحوث الحديثة إدعاء بيك من أن المكتئبين يمتلكون خاصية مزاجية سلبية، على الأقل فيما يتعلق بالذات، ففي إحدى الدراسات طلب من ثلاث مجموعات، الأولى من المكتئبين المشخصين طبياً والثانية: من المصابين بإضطرابات نفسية أخرى، والثالثة: من الأشخاص العاديين..طلب من هؤلاء تقدير سلسلة من الكلمات على أساس قرب انطباقها عليهم. وعندما انتهوا من ذلك، طلب إليهم ثانية ان يتذكروا أكبر عدد ممكن من تلك الكلمات، فحصل أن مجموعة المكتئبين تذكروا الكلمات السلبية المتعلقة بوصف الذات، أكثر مما تذكرته المجموعتان الآخريتان(Derry & Kuiper ،1981). وفي دراسة أخرى، سئل المكتئبون الذين تلازمهم الكآبة في أوقات الصباح أو المساء أن يتذكروا ذكرياتهم. فتبين أنهم كانوا يتذكرون الكثير من ذكرياتهم السلبية والقليل من ذكرياتهم الإيجابية في الساعات التي يكونون فيها مكتئبين، ولا يحدث مثل هذا في الساعات التي لا يكونون فيها مكتئبين(Teasdale & Clark ،1982).

وهناك نتيجة تبعث على الدهشة هي: عندما يكون المكتئبون أكثر تشاؤماً منا فإن تشاؤمهم يكون في بعض الأوقات أكثر واقعية من تفاؤلنا، فلقد وضع ليفنسون(Lewinsonn) وزملاؤه مجموعة من المكتئبين ومجموعتين ضابطتين في سلسلة من مواقف التفاعل الإجتماعي، ثم وجه للمفحوصين هذين السؤالين:

1.كيف كانت ردود فعلك أو إستجابتك الإيجابية والسلبية نحو الآخرين؟.

2.كيف تصرف الآخرون تجاهك كما تعتقد، إيجابياً أو سلبياً؟.

ولقد تبين أن تقويمات المكتئبين للإنطباعات التي كونوها كانت أكثر دقة بالمقارنة مع المجموعتين الضابطتين، اللتين كونتا إنطباعات إيجابية أكثر مما هي عليه في الواقع، وقد علق الباحثون على هذه النتيجة بقولهم:" عندما يكون شعورنا نحو أنفسنا جيداً، فإننا قد نكوّن رأياً لطيفاً بخصوصها أكثر مما هي عليه في الواقع"(ص:213).

كما وجد(Abramson & Alloy)(1979) إن المكتئبين الذين كلفوا بإنجاز مهمة تجريبية كانوا أكثر دقة في حكمهم على ما بذلوه من سيطرة في التجربة بالمقارنة مع المفحوصين من غير المكتئبين، الذين مالوا إلى المبالغة عندما كانوا يفعلون بشكل جيد في السيطرة على التجربة. ويبخسون التقدير عندما لا يفعلون كما ينبغي. ويبدو من اعتبارات معينة، أن الناس العاديين وليس المكتئبين هم المتحيزون معرفياً. ويبدو مثل هذا التحيز التفاؤلي ضرورة للصحة النفسية.

وربما كانت أفضل بينة عن الأسس المعرفية للكآبة تأتي من دراسات أظهرت أن الحالات الإكتئابية يمكن إستحثاثها بمعالجة أو مناورة معرفية. فلقد وجد فلتين(1968، Velten)، على سبيل المثال، أن الشخص يمكن أن يصبح مكتئباً بأن تقرأ عليه بصوت عالٍ قائمة من العبارات الإكتئابية. وفي دراسة وجد الوّي(1981 ، Alloy)، أنه عندما يتم إستحثاث مزاج الشعور بالنشاط والخفة في المفحوصين المكتئبين من خلال وسائل معرفية، فإنهم يطورون نفس"الوهم بالسيطرة" التي ظهرت لدى المفحوصين العاديين في تجربتي الوّي وابرامسون(1979) المشار إليهما آنفاً، فإنهم يظهرون نفس"السلوك الواقعي للإكتئاب"الذي أظهره المفحوصون المكتئبون في تلك التجربة.

على أننا نعيد إلى الأذهان مرة أخرى من أن التوكيد القوي لهذه الدراسات على دور المتغيرات المعرفية في الكآبة، لا يعني أن هذا الدور هو في مقام السبب وكما أشرنا سابقاً

فإن العامل أو المتغير لا يكون بالضرورة سبباً لكي يكون مفيداً في العلاج. فلقد طور "بيك" وزملاؤه علاجاً متعدد الأوجه يتضمن تحديدات أو إجراءات سلوكية، وإعادة تدريب قائم على أسس معرفية. تهدف إلى مساعدة المراجعين على تحديد وتصحيح التحيزات السلبية.

***منظور علم الأعصاب:**

بالرغم من أن العديد من الباحثين ينظرون إلى الضغوط البيئية على أنها السبب الذي يسهم في إحداث الإضطرابات الوجدانية فإن الدراسات الحديثة في الوراثة. إلى جانب البحوث الحياتية الكيميائية (Biochemical) والعصبية الفسلجية(Neurophysiological). توحي بأن الإختلال الوظيفي العضوي يمكن أن يكون له أيضاً دور مهم لدى تقصينا علم أسباب هذه الإضطرابات.

***بحوث في الوراثة:**

اظهرت الدراسات على الأسرة أن الأقارب من الدرجة الأولى للناس المصابين بالإضطرابات الوجدانية ذات القطبين(أي كآبة وهوس في حالة واحدة) معرضون للإصابة بواقع عشرة أضعاف الشخص العادي، وإذا كانت نسبة الإصابة بهذه الإضطرابات في المجتمع بشكل عام تتراوح بين(4. 0)إلى(2. 1٪)، فإنها تصل من(10- 20٪) بين أقارب الدرجة الأولى من الأفراد المصابين بهذه الإضطرابات

(Rosenthal ،1970)، وكما وجد المرضى المصابون بالكآبة دون الهوس، والهوس دون الكآبة، بين أقارب المرضى المصابين بالإضطرابات ذات القطبين(كآبة وهوس). ونادراً ما يحدث العكس، بمعنى أن أقارب المرضى بالكآبة فقط أو هوس فقط نادراً ما يصابون بالإضطراب ذي القطبين(كآبة وهوس معاً) (Monroe & Depue 1978). وهذا إسناد إضافي لتلك النظرية القائلة بأن العرضين(Syndrome) ينبعان من أسباب مختلفة.

وفي مراجعة له للدراسات في هذا الميدان خلص "بيكر" (1977، Becker)إلى ان البينات أو الأدلة غير المباشرة تؤكد بشكل قوي الأسباب الوراثية في الإضطرابات الوجدانية

(Kleinmuntz ،1980). ولكن حذر من انه لا يوجد لحد الآن حالة معرّفة بذاتها على وجود شيء وراثي يتسبب في إحداث هذه الإضطرابات، أو نمط من الناقلات الوراثية تعبر من خلالها مسببات هذه الإضطرابات، ويضيف "بيكر" بأن البيّنة المتوافرة حالياً تستند أساساً إلى الدرسات التي يجمعها انسجام أو إتفاق ذو صلة وثيقة بالموضوع. فيما يخلص

كلينمانتز(Kleinmuntz ،1980)إلى القول بأن البينات المتوافرة حاليا توحي بأن العامل أو المكوّن الوراثي له دور أكبر في إضطراب ذي القطبين(أي كآبة مع هوس) من إضطراب القطب الواحد(أي كآبة من دون هوس). وهذا يعني أن المتغيرات أو العوامل الوراثية قد تكون ذات اهمية أكبر في إضطراب ذي القطبين منها في إضطراب القطب الواحد.

***البحوث العصبية الفسيلولوجية:**

يرى الباحثون في ميدان الأعصاب والفسلجة أن المشكلة الأساسية تكمن في الجهاز العصبي المركزي، ومنذ الستينات وضع ويبرو وميندلز(Whybrow & Mendels, 1969) فرضية تقول بأن الجهاز العصبي المركزي لدى المكتئبين تعتريه أو تغشاه إثارة غير مستقرة(Unstable Excitability). اي أن هذا الجهاز لديهم يكون أكثر تحسساً للإثارة أو الإهتياج غير المستقر بالمقارنة مع الناس العاديين، ويفترض هؤلاء الباحثون أن عملية النقل الكهربائي للشحنات أو الحوافز (Impulses) من خلية عصبية إلى أخرى، في الجهاز العصبي المركزي لدى المكتئبين تتحسس حتى بالتنبيهات الضعيفة جداً. والأكثر من هذا انهم يعتقدون بأن مدة شفاء الخلية العصبية لدى المكتئبين بعد إفراغها من الشحنة تكون اطول بالمقارنة مع الأفراد العاديين، ودعماً لذلك آظهر جهاز تخطيط الدماغ(EEG) أن أنماط النوم لدى المكتئبين تختلف بصورة واضحة بالمقارنة مع الراشدين العاديين(1978، Foster & Kupfer).

وهنالك فرضية عصبية فسلجية أخرى ترى أن الكآبة ناتجة عن قصور أو عجز وظيفي في الهايبوثلاموس، ذلك الجزء من الدماغ المعروف بمسؤوليته عن تنظيم المزاج. وبما أن الهايبوثلاموس لا ينحصر تأثيره في المزاج فقط، بل يتعداه إى وظائف أخرى كثيرة تصاحب الكآبة من قبيل ضعف الشهية وقلة الرغبة الجنسية، فقد افترض بعض الباحثين أن الهايبوثلاموس ربما يكون هو المفتاح الذي نفك به لغز الإكتئاب. إلى جانب ذلك فإن حصول إضطرابات في وظائف الغدد النخامية، والدرقية والجنسية، لدى المكتئبين....وهي إضطرابات لا تحصل إلا بتأثير من الهايبوثلاموس يمنح تلك الفرضية نوعاً من الإسناد، أما بخصوص نظرية "الإثارة غير المستقرة" فإن البينة عليها ليست حاسمة بشكل قاطع.

★البحوث الكيميائية الحيوية(Biochemical):

يبدو مما تبين في أعلاه أن هناك شيئاً ما يجري خطأ في الجهاز العصبي المركزي للمكتئبين. غير إننا لسنا متأكدين على وجه اليقين، ما هو هذا الشيء الخطأ او غير المناسب الذي يحدث عصبياً (Neurologically) لدى المصابين بكآبة حادة. وبالمثل، فإنه توجد أدلة او بينات معتبرة من ان هؤلاء المصابين لديهم عدم سواء (أو شذوذ) فيما يخص الجانب الكيميائي الحياتي، إلا أننا لا نعرف بالدقة أسباب ذلك. غير أنه تتوافر في الوقت الحاضر نظريتان أساسيتان هما: عدم التوازن الهارموني وعدم التوازن في النقل العصبي.

★عدم التوازن الهارموني:

كانت النظرية الأولى ترى أن الكآبة لها صلة بعدم التوازن الهارموني وكما رأينا للتو، فإن بعض الباحثين ناقشوا مسألة أن الكآبة ناتجة من قصور أو عجز في الوظيفة العامة للهايبوثلاموس، ومع ذلك، إنما في وظيفة محددة له هي: السيطرة على إنتاج أو إفراز الهورمون.

إن الهايبوثلاموس ينظم عمل الغدة النخامية، وكلاهما يسيطران على إنتاج الهورمونات من قبل الغدد الجنسية والأدرينالية والدرقية، وهناك بينة جوهرية تفيد بأنه يوجد عدم إنتظام في هذه العملية لدى المكتئبين. حيث وجد اولاً، أن مستويات الهورمون لدى المكتئبين غالباً ما تكون غير طبيعية(شاذة Abnormal). وثانياً أن الأفراد الذين لديهم هذه المستويات(الشاذة) من النشاط الهورموني غالباً ما تظهر لديهم الكآبة كعرض جانبي(Side effect). غير أن البينة الأفضل ربما كانت في أن الكآبة يمكن معالجتها احياناً بصورة فعّالة من خلال إحداث تغير في مستويات الهورمون (Bootzin & Acocccella ، 1984) فعلى سبيل المثال، جرى في حالات معينة أن زيد من إستحثاث انتاج بعض الهورمونات، فأدى إلى شفاء هذه الحالات من الكآبة وثبت من حالات معينة أخرى فاعلية هورمون الأستروجين وهو هرمون جنسي، في علاج تلك الحالات (Prange & Others 1977).

ويبدو ان عدم التوازن الهورموني يظهر أكثر في حالات الكآبة الذاتية (أي المتسببة من داخل الفرد وليس من بيئته)، وأنه بالتالي يمكن أن يفيد عدم التوازن الهورموني للتفريق بين حالات الكآبة الذاتية (الداخلية) وحالات الكآبة الخارجية(الحادثة كرد فعل لأسباب خارجية). وقاد ذلك إلى إبتكار أسلوب، ما يزال تحت التجريب، "إختبار خفض

الديكساميثاسونSuppression Test Dexamethasone* وهذا الديكساميثاسون هو عقار يعمل في الناس العاديين على خفض أو قمع إفراز هورمون الكورتيزول، في الأقل لمدة أربع وعشرين ساعة. وقد وجد أن المصابين بالكآبة الذاتية يتمكنون من مقاومة فاعلية هذا العقار. إذ أنهم ما حقنوا في هذا العقار فإن الكورتيزول يعود إلى مستوياته العليا خلال أربع وعشرين ساعة، فيما لا يحدث ذلك لدى الناس العاديين إلا بعد مرور يوم واحد في الأقل.

ولعل النتيجة الأخرى المهمة التي توصلت إليها البحوث في مجال عدم التوازن الهورموني، هي أن عدم التوازن هذا يحدث في كل من إضطراب الكآبة الخالصة وإضطراب الكآبة المتناوبة مع الهوس، ويخلص بوتزن، الذي استعرض هذه البحوث، إلى القول بأن عدم التوازن الهورموني قد يكون له في الواقع دور سببي في حالات معينة من الكآبة(232، P، 1984 ,Bootzin & Acocella).

★عدم التوازن في الناقلات العصبية:

تقوم هذه النظرية على فرضية*الكاتي كولامين Hypthesis Catecholamine* القائلة بأن زيادة مستويات مادة الابنفرين(Epinephrine)، وهي من مركبات الكاتي كولامين، يؤدي إلى حالة الهوس، أما نقصان مستوياتها فإنه يؤدي إلى الإكتئاب (1965، Schildkraut). ويحدث هذا عند مراكز الإستلام العصبية. وبطبيعة الحال فإن الطريقة الوحيدة للتحقق من هذه الفرضية بصورة مباشرة هي تحليل عينات من انسجة أدمغة المصابين بالهوس والكآبة، لتحديد ما إذا كانت مستويات الابنفرين هي عالية بشكل غير طبيعي(شاذة) في حالة الهوس، ومنخفضة بشكل غير طبيعي(شاذة) في حالة الكآبة، وبما أن هذه الطريقة ليس من الممكن إجراؤها على البشر من دون أن تلحق ضرراً بالدماغ، فإن علينا والحالة هذه، الإعتماد على أدلة غير مباشرة.

وتفيد نتائج البحوث التي اجريت على الحيوانات أن العقاقير المستعملة في علاج الكآبة وتعمل على تخفيفها، أو تلك التي تحدث الهوس، زادت من مستوى الابنفرين في أدمغة الحيوانات، بينما أدت العقاقير التي تحدث الكآبة أو تخفف من الهوس إلى نقصان مستوى الابنفرين في أدمغة هذه الحيوانات(Schildkraut 1972).

وقد أيدت دراسات أخرى أحدث فرضية الكاتي كولامين، حيث تم تعريض عدد من الفئران إلى صدمات كهربائية لا يمكن السيطرة عليها، نتج عنها تلف أو ضعف في السلوك

يشبه ما يمكن أن يسببه العقار الذي يستنزف أو يعطل الابنفرين (1982، Weiss)، فالفأر- الذي استخدم هنا نموذجاً للكآبة- ظهرت عليه تلك الأعراض السلوكية بسبب إضطراب مستويات الابنفرين، ولاحظ ان هذا التلف أو الضعف في السلوك الذي ظهر على الفئران يشبه الظاهرة التي أطلق عليها سيلكمان:العجز المتعلم، ولكن بينما يفسرها سيلكمان بمصطلحات سلوكية ومعرفية، فإن ويس(Weiss) فسرها بمصطلحات بايوكيماوية.

ولقد حاول باحثون آخرون طرح فرضية تجمع بين الابنفرين ومادة أخرى هي السيروتونين(Serotonin). فلقد تبين، على سبيل المثال، أن مادة(Tryptophan-L)، وهي وسائل أمونيا يزيد من مستويات السيروتونين. كانت فعالة في علاج كل من الهوس والكآبة، ولقد التقط برانج(Prange 1974) وزملاؤه هذه النتائج ووضعوا فرضية الابنفرين- السيروتونين مع مقدمتين منطقيتين هما:-

1. إن ضعف أو نقص السيروتونين يخلق الإستعداد للأمراض الوجدانية،2، إذا ما صاحب هذا النقص في السيروتونين مستوى عال من الأبنفرين فإنه سوف يؤدي إلى الهوس، فيما يؤدي إنخفاض مستواه إلى الكآبة ولقد علق الباحثون على ذلك من أن هذه صياغة غير نهائية، وأنها تحتاج إلى بحوث مستقبلية، وقد تحقق لها ذلك في السنوات الأخيرة، وفي ضوء البيئة المتوافرة عن إفراط نشاط الغدد الدرقية لدى المكتئبين، فقد طرح برانج وزميله فرضية أخرى ترى بأن الاضطرابات الوجدانية تحدث بسبب تفاعل المستويات غير العادية (الشاذة) للأبنفرين مع الإفراط في الهورمونات الدرقية (Prange & Whybrow 1981).

وفي ضوء هذه النتائج نخلص إلى القول بأن كلا من الأبنفرين والسيروتونين والنشاط الدرقي واردة جميعها في الاضطرابات الوجدانية، بشكل يبدو مؤكداً، وأن النظريات الحديثة تختلف فقط في التوكيد الذي تمنحه لكل من هذه العوامل الثلاثة، ويمكن أن ينطبق هذا أيضاً على العوامل العصبية(Neurology) والوراثية. ويبدو من السليم القول بأن الأرجح في حدوث الاضطرابات الوجدانية هي أنها ناتجة عن تفاعل معقد بين العوامل الوراثية، والعصبية الفسلجية، والحياتية الكيميائية، والتكوينية، فضلاً عن المتغيرات الموقفية.

هذا وتشير النتائج التي ظهرت في عام(2002) المستندة إلى البحوث الجارية في ميدان الخارطة البايولوجية(الجينوم البشري) أن الهوس والكآبة الذاتية(أي التي ليس لها سبب خارجي) ناجمان عن خلل في جينات(مورثات) معينة سيتم تحديدها.

وتشير الأدبيات الأحدث إلى أن للعوامل الوراثية (الجينات) دوراً واضحاً في اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب، وتفترض نظريات النواقل العصبية(سواء بيوكيميائية تنقل الرسالة من العصب المرسل إلى العصب المستلم في الدماغ والجهاز العصبي أو العكس) إن عدم التوازن في مستويات النوريتفرين أو السيونونين أو الدوبامين، أو عدم انتظامها في التسليم والتسلم تسهم في حدوث الإكتئاب.

وأحدث تصنيف للنظريات النفسية للاكتئاب يتضمن:-

1. النظريات السلوكية، وتضم نظرية العجز المتعلم، ونظرية (Lewinsohn)القائلة بأن المصابين بالإكتئاب يميلون إلى خفض أو التقليل من قيمة التعزيزات الإيجابية وتضخيم الأحداث المزعجة التي تؤدي إلى الإكتئاب.
2. النظريات المعرفية، وتشمل نظرية(Beck) ونظرية إعادة صياغة العجز المتعلم القائلة بأن المكتئبين لديهم النزعة إلى عزو الأحداث إلى عوامل(داخلية، ومستقرة، وشاملة) تسهم في إكتئابهم.
3. النظريات النقسية الدينامية بأن المكتئبين يعاقبون انفسهم لا شعورياً لشعورهم بأن من يحبون قد تخلى عنهم أو هجرهم، وليس بمستطاعهم معاقبته.

إيضاح

الإكتئاب Depression

(شلل الإرادة)

يصنف الإكتئاب ضمن إضطرابات المزاج التي يصفها(DSM-IV) بأنها إضطرابات تتصف بإختلال انفعالي حاد، مثل: الكآبة الكبرى (الحادة) Major Depression) والإضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder). ويرد الإكتئاب في(ICD -10) ضمن إضطرابات المزاج (الوجدانية) ايضاً. ويصنفها إلى: إكتئاب خفيف، إكتئاب معتدل، وإكتئاب حاد، فضلاً عن اصناف أخرى بضمنها الإضطراب الوجداني ثنائي القطب(Bipolar) .

وهذا يعني ان كلا التصنيفين العالميين في الطب النفسي DSM-IV و(ICD -10) يتفقان على أن الإكتئاب إضطراب في المزاج (Mood Disorder) الذي يعني إضطراب نفسي يتصف بمدة طويلة من الإكتئاب المفرط، او القنوط، ليست له علاقة في الغالب بالموقف الذي يعيشه الفرد.

وهنالك ما يزيد عن خمسين تعريفاً للإكتئاب يتداولها الأطباء النفسيون وعلماء النفس، ونقترح له التعريف الآتي:-

■هو الحالة التي يشعر بها الفرد بالحزن والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بإنخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الإهتمام بالأمور الشخصية والإجتماعية، وكره الحياة، وتمني الموت تتباين درجة حدتها من حالة إلى اخرى.

وما يزال تصنيف الإكتئاب يمثل إشكالية لدى المعنيين بالإضطرابات النفسية، ويمكن تصنيفه على النحو الآتي:-

*التصنيف الأول:

يقوم على شدة درجة الإكتئاب، ويكون بثلاث حالات:

1. الإكتئاب الخفيف(MID)، ويتصف بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الإهتمام والمتعة، مصحوبة غالباً بإضطرابات(سيكوسوماتية). ومع أن المصاب به يواجه صعوبة في إستمراه بعمله أو التزماته الإجتماعية، إلا انه لا يتوقف عن الإيفاء بها.
2. الإكتئاب المعتدل(Moderate)، تظهر فيه أعراض الإكتئاب الخفيف زائداً أعراض أخرى تتمثل بإضطرابات النوم والشهية.
3. الإكتئاب الحاد(Severe). وتظهر فيه اعراض الإكتئاب المعتدل زائداً الشعوربعدم القيمة وفقدان احترام الذات، والتهيج والشعور بالذنب، ويكون الكرب شديداً مصحوباً بأفكار إنتحارية.

*التصنيف الثاني:-

ويقوم على أساس منشأ الإكتئاب، ويكون في حالتين:-

1. الإكتئاب النفسي: وتكون أسبابه نفسية خارجية معظمها ناجم عن فقدان موت شخص عزيز، هجران، خسارة، ويسمى أيضاً بالاكتئاب الانفعالي أو العصابي.
2. الإكتئاب الذهاني: يكون ناجماً عن استعداد وراثي(تكويني) ينتقل بواسطة جينات معينة، أو خلل حياتي(بيولوجي) او زيادة أو نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية، أو عدم توازن في الهورمونات.

*التصنيف الثالث:-

يقوم على أساس مصاحبة الإكتئاب لإضطراب آخر أو عدمه، ويكون في ثلاث حالات:

1. إكتئاب (خالص): لايكون مصحوباً بإضطراب آخر، وأبرز أعراضه:مزاج مكتئب، الشعور بالعجز، فقدان أو ضعف الإهتمام بالأمور الشخصية والإجتماعية، فقدان أو ضعف الشهية، ضعف الطاقة النفسية والجنسية والعزوف عن النشاطات الخاصة بالمتعة والترويح عن النفس.
2. إكتئاب مصحوب بقلق: وأبرز أعصابه سرعة الإنفعال، الشعور بالعجز، التركيز الضعيف، الذاكرة الضعيفة، الشعور بالتعب، الشعور باليأس، الأرق المبكر، الرغبة في

البكاء، وتوقع الأسوأ.

ولأن ابرز أعراض القلق تتمثل في (توقع الشر، التوتر، النرفزة، الكوابيس، التركيز الضعيف) فإنه لا يوجد حد فاصل بين أعراض الإكتئاب وأعراض القلق.

3. الإكتئاب ثنائي القطب: يكون مصحوباً بالهوس، الذي يعني: حالة من ارتفاع المزاج ومرح غير مسيطر عليه مصحوباً بالذهول والطاقة الزائدة، ينجم عنها نشاط زائد وتدفق في الكلام، وحاجة متناقضة للنوم:

★التصنيف الرابع:-

يعتمد عليه عدد من الاختصاصيين في الصحة العقلية، وفيه يميزون بين نوعين من الإكتئاب هما:

- الإكتئاب الأكبر: ويتضمن خمسة أو أكثر من أعراض الإكتئاب بضمنها الحزن وفقدان الإهتمام بالنشاطات الممتعة التي تستمر لأسبوعين في الأقل.
- اكتئاب عسر المزاج: ويتضمن ثلاثة أو أكثر من أعراض الإكتئاب بضمنها الإحساس الدائم بالقنوط واليأس ومزاج اكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين.

★علاج الإكتئاب:-

في النوع الشائع من الإكتئاب، على المعالج أن يضع في مقدمة أهدافه تصحيح الإدراكات غير الصحيحة أو المشوهة التي تسيطر على تفكير المكتئب وتصنف إلى ثلاثة:-

1. افكار سلبية بخصوص الذات والآخرين.
2. توقعات سلبية بخصوص ما سوف يحدث.
3. تشوهات معرفية من قبيل: استنتاجات اعتباطية، التركيز على تفاصيل غير مهمة.

إن الإكتئاب يعني"شلل الإرادة" وبإمكان الاستشاري النفسي أن يساعد المكتئب على تحرير نفسه بالعلاج المناسب والإرشاد النفسي السائد، وليس بالدواء وحده.

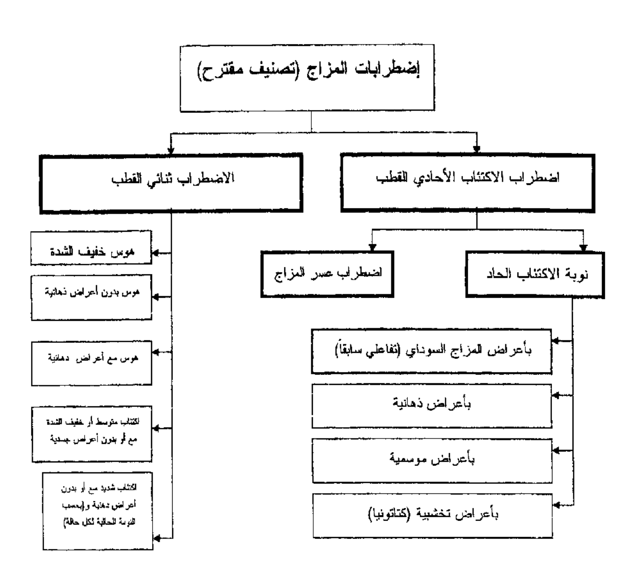
وتفيد الأدبيات الحديثة بوجود ثلاثة أصناف من الأدوية شائعة الإستعمال في علاج الإكتئاب هي:

أ- المركبات الحلقية الثلاثية، ومثبطات اكسيداز الأمينات الأحادية، ومثبطات السيروتونين، وكلها لها تأثير جيد في علاج الإكتئاب، ولكن لكل منها تأثيرات جانبية(خطورة في زيادة الجرعة، التفاعل مع بعض الأدوية والطعام...) غير أن مثبطات

السيروتونين اقلها خطورة، ويعد الليثيوم مفيداً في علاج الإكتئاب الثنائي القطب بشكل خاص. غير أنه يحتاج إلى رعاية ومراقبة مستمرة. وقد تستخدم الرجات أو الصدمات الكهربائية في حالات الإكتئاب الحاد التي لا تستجيب للعلاج الدوائي.

هذا ويعد عقار(Prozac) الذي ظهر إلى الأسواق نهاية ثمانينات القرن الماضي هو أكثر شيوعاً في علاج الإكتئاب ووصفه المعالجون بأنه فعال أيضاً في إعادة الثقة بالنفس (Halgin & Whitbourne ،2003)والشائع من الأدوية في علاج الإكتئاب ومضاداته من الجيل الثاني التي لا تعطى إلا بوصفة طبية هي:

Ludiomil, Zoloft, Paxil, Effexor, Luvox, Serzone, Wellbutrin, Asendin, Desyrel, Anafranil, Celaxa.


إضطرابات المزاج (تصنيف مقترح)
اضطراب الاكتئاب الأحادي القطب
الاضطراب ثنائي القطب
نوبة الاكتئاب الحاد
اضطراب عسر المزاج
بأعراض المزاج السوداي (تفاعلي سابقاً)
بأعراض ذهانية
بأعراض موسمية
بأعراض تخشبية (كتاتونيا)
هوس خفيف الشدة
هوس بدون أعراض ذهانية
هوس مع أعراض ذهانية
اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة
مع أو بدون أعراض جسدية
اكتئاب شديد مع أو بدون
أعراض ذهنية و(بحسب
النوبة الحالية لكل حالة)

*Beck, A. T.(1967), Depression: Clinical, experimental, and theoritacal aspects. New York: Harper.
*Boyed, J. M. & Weissman, M. M.(1981). Epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. Arschives of General Psychiatry, 38, 1039-1045.
*Cantwell, D.P. (1982). Childhood depression: A review of current research. New York:Plenum.
*Crook, T. & Eliot, J. (1980).Parental death during childhood and adult depression. A Critical review of the literature. Psychological Bulletin, 87, 252-259.
*Egeland, J.A. & Hostetter, A.M. (1983).affective disorders amony the Amish, Ameruican Journal of Psychiatry, 40, 56-61.
*Gotlib, I. H., & Robinson, L.A. (1989).Responses to depressed individuals. Journal of Abnormal Psychology, 91, 231-241.
*Halgin, R. R. & Whitbourne, S. K.(2003). Abnormal Psychology, McGraw-Hill.
*Lazarus, A.A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. Behavioral Research and Therapy, 6, 83-89.
*Nolen-Hoeksema, S. (2001). Abnormal Psychology. McGraw-Hill.
*Seligman, M. E. P.(1981). Learned helplessness point of view. Academic Press.
*Sdorow, I. M.(1995). Psychology. Brown, Inc.
*Weiten, W. (1998). Psychology: Themes and variations. (4th ed). An International Thomson Publishing Company.

الفصل العاشر

الإضطرابات الذهانية

((الفصام))

اعراضه وابعاده وانماطه الفرعية

يعدُّ الفصام (الشيزوفرينيا) واحداً من أكثر الإضطرابات العقلية خطورة، وربما كان أكثرها شيوعاً. فحوالي (50٪) من الراقدين في المستشفيات العقلية هم من المصابين بالفصام، على وفق الإحصاءات الواردة إلينا من المجتمعات الغربية.

وعلى الرغم من أننا لا نملك إحصاءات دقيقة عليها في المجتمعات النامية إلا أن الموقف وجد من خلال معايشتنا وزيارتنا المتكررة للمستشفيات العقلية في العراق إن أغلب الراقدين فيها شخصّهم الأطباء على أنهم مصابون بالفصام.

ويشير أكثير من باحث إلى أن واحداً من كل مائة من المجتمع الأمريكي يكون قد مرَّ في حياته بحادثة أو حالة من الفصام، وأن هناك ما يقرب من مليون أميركي مصابون بفصام حاد، وأن نصف الذين يغادرون المستشفى لأول مرة بعد تلقيهم العلاج، يعودون إليه ثانية في خلال سنتين: (Kleinmuntz, 1984

.(Lahey,2001,Neal & Dauison, 1982: Bootzin & Acocella, 1984.

ونظراً لخطورة هذا الإضطراب العقلي، ولشيوعه، فقد حظي- من بين كل الإضطرابات – باهتمام خاص من لدن الباحثين في هذا الميدان.

ولأن هذا الإضطراب يتصف أحياناً بإختلالات وظيفية حادة في: الفكر والإدراك،والسلوك، فقد وصفه عامة الناس بالجنون، مما يوحي وكأن الفصام إضطراب مفرد واحد، غير انه في الواقع مجموعة من الإضطرابات تتباين بشكل واسع ليس في الأعراض فقط، إنما أيضاً في العوامل المسبّبة لهذه الإضطرابات.

-الفصاميون...مجانين...أم(عقلاء) على طريقتهم الخاصة؟

إليك ما كتبته امرأة عمرها(26) سنة، بعد تلقيها لأربع وثلاثين رجة كهربائية علاجية: (أن تكون مجنوناً، أشبه ما تكون في كابوس، تحاول فيه أن تصرخ ليهب أحدٌ

لمساعدتك، فلا صوت يخرج منك، إن استطعت ان تصرخ فلا احد يسمعك، ولا أحد يفهمك، إنك لا تستطيع أن تستيقظ من كابوسك ما لم يسمعك أحد..يساعدك..ليوقظك.

كان عليّ أن أموت لأتجنب الموت..ان اعرف ان هذه الأصوات مجنونة ولكن في أحد الأيام كان هناك ولد آلم مشاعري جداً، ورغبت في وقتها أن أرمي بنفسي في الطريق وبدلاً من ذلك، فضلت ان اكون متخشبة كي لا اشعر بأي إحساس.(اعتقد أن عليك أن تموت عاطفياً. وإلا فستقتلك مشاعرك). نعم، ذلك صحيح. فمن الأفضل أن اقتل نفسي على أن أؤذي احداً آخر).(Taylor & Hayward, 1956, P ،221).

وتأمل الحوار الآتي بين فصامي وطبيبه:

الطبيب:هل يمكن أن تذكر لي اسمك؟

المريض:أستطيع ولا استطيع.

الطبيب:ما اسمك؟

المريض:مثل اسمك، ولكنه يختلف.

الطبيب:هل تعرف من انا؟!

المريض:طبعاً. انت انت وانا انا!.

الطبيب:ممتاز. ولكن من المهم أن نسجل اسمك في سجلاتنا بمعلومات صحيحة.

المريض:إذاً، اكتب في سجلاتك، إنني ملك الملوك، وأنت خادمي.

الطبيب:أنت لا تجيب عن أسئلتي.

المريض:أبداً، ولكن انت لا تصغي.

الطبيب:سأحاول مرة ثانية، ما هو تاريخ اليوم؟

المريض:اوه، هذا سهل جداً، لإنه(33)مارس، (1933).

الطبيب:أي وقت نحن فيه الآن هذا اليوم؟

المريض:يوم الخزّامي...مساءً.

الطبيب:ولماذا أنت هنا؟

المريض:لأتكلم معك.

الطبيب:ولكنني لم أحصل منك على أية معلومات.

المريض:ذلك لأنك اخذت الكلام كله، فضلاً عن إنك تفجّر دماغي(Kleinmuntz,1980,P,257).

هل كلّ ما قاله المريض لا معنى فيه؟. ماذا لو تمعنا في كلام المريض وافترضنا الآتي:-

- إن المريض على دراية بتوقعات الطبيب، وأنه اصطنع تلك الإجابات. هل ستتغير الصورة؟ حاول مرة أخرى. وخذ معك هذا الإفتراض.
- إن المريض شعر بالغضب والإحباط وعدم القدرة على التحمل في التواصل مع الطبيب الذي لم يتحدث معه عن حالته ويأسه.
- أو أن المريض أدرك أن هذا الطبيب ساذج، ومتصلب، ولايمكن تصوره.

إن مثل هذه الإفتراضات لا تغير من حقيقة أن ذلك المريض شخص مضطرب ولكنها(تهّدئ) الحكم الذي يصدره عامة الناس، بل والكثير من المثقفين، على أن المصابين بالفصام...مجانين.

-تاريخ المفهوم:

ربما كان مفهوم أو مصطلح(الشيزوفرينيا) أكثر المفاهيم شيوعاً في الإضطرابات العقلية، وعلى الرغم من انه رسا مؤخراً في اللغة العربية على أن تكون ترجمته:(الفصام) إلا اننا سنرى أن مصطلح (الفصام) لا يحتوي على المعنى الشامل لمفهوم(الشيزوفرينيا) فضلاً عن أن لهذه(المفردة) تاريخها، وستبقى متداولة لمئات السنين.

ترتبط بدايات نحت مفهوم(الشيزوفرينيا) باثنين من المعالجين النفسانيين الأوروبيين هما، كريبلين Kraepelin وبلويلر Bleuler. فلقد طرح كريبلين في عام 1898 مصطلح(الخرف المبكر) كأول مصطلح (للشيزوفرينيا) في ورقته المعنونة(تشخيص الخرف المبكر) التي قدمها في المؤتمر التاسع والعشرين للعلاج النفسي الذي انعقد في هيدلبيرغ في عام 1898. حيث أشار فيها إلى وجود نوعين مختلفين من الذهان هما: الأمراض الإكتئابية- الهوسية، والخرف المبكر، الذي يتضمن عدداً من المفاهيم التشخيصية هي (بارنويا الخرف) و(الكاتوتونيا) و(الهيبوفرينيا).

وفي عام 1911 اشار المعالج النفساني السويسري المعروف يوجين بلويلر إلى أن مصطلح (الخرف المبكر) هو وصف ضعيف، ذلك لأن كريبلين اعتقد بأنه يصيب الشباب وينتهي لا محالة بالعته والإنحلال والخرف. وإن كريبلين قد أخطأ لسببين، أولهما: إن الكثير من المرضى يصابون بهذه الإضطراب بعد مرحلة الشباب، وثانيهما: إن أغلب المرضى لا يتطور لديهم هذا الإضطراب، فبعضهم يبقى على حاله سنة بعد اخرى، وبعضهم يتحسن وضعه،

وبهذا يصبح مصطلح (الخرف المبكر) غير مناسب، فضلاً عن ان المعالجين النفسانيين لا يتشجعون على معالجتة، لأن كريبلين قد طرح(الخرف المبكر) كحالة ميئوس من شفائها ولغرض حلّ هذه المشكلة فقد اقترح بلويلر مصطلحاً جديداً :

(سأطلق على(الخرف المبكر) مصطلح (الشيزوفرينياSchizophreenia)أخذاً إياها من الكلمتين الإغريقيتين Schizein وتعني(يشق، ينفصل، يتفصم، يفصم (to Split Phren وتعني (العقل).لأن إنفصام الوظائف النفسية المختلفة هو احد أكثر خصائص هذا الإضطراب أهمية، وإنني لا أستعمل هذه الكلمة بصيغتها المفردة، بالرغم من انه يبدو أن هذه المجموعة تشمل أمراضاً عديدة)(1991، 1950، ص8).

ومنذ ذلك التاريخ أصبح مصطلح(الشيزوفرينيا) إسماً أو عنواناً شائعاً ومقبولاً. غير أن الناس قد أساءوا فهم المصطلح وظنوا أنه يعني تعدد أو(إنقسام) الشخصية الذي يختلف تماماً. فذلك عرض آخر من إضطرابات التفكك يكون نادر الوقوع بالمقارنة مع (الشيزوفرينيا) فما عناه بلويلر لا يشير به إلى (إنفصام أو عدم إنقسام)الشخصية إلى شخصيتين مختلفتين أو أكثر. إنما عنى به (إنفصام أو عدم إنسجام) بين الوظائف النفسية المختلفة في داخل شخصية واحدة. إذ يحدث في عقل المصاب به أن إنفعالاته وأفكاره ومدركاته تتوقف عن العمل في كل متكامل. في موقف معين قد تسيطر مجموعة من الأفكار على سلوك الشخص، بينما تكون أفكار أخرى لها وظيفة تكيفية لذلك الموقف، غير متبدية في سلوكه، فضلاً عن أن إنفعالاته قد تنفصل عن مدركاته، فلا تبدو مناسبة للموقف الذي هو فيه.

إنها باختصار فقدان التكامل، أو كما عبر عنها بلويلر(إن الشخصية تفقد وحدتها Unity).

-توسيع جديد للمفهوم:

كان لبلويلر تأثير كبير في المفهوم الأميركي(للشيزوفرينيا) حيث بدأ المعالجون النفسانيون الأميركيون منذ مطلع القرن الماضي يزيدون من نسبة تشخيصهم للمرضى المصابين بهذا الإضطراب فبعد أن كانت نسبة هؤلاء المصابين في مستشفى العلاج النفسي بنيويورك 20٪ في 1930، ارتفعت هذه النسبة إلى (80٪) في عام 1950، في حين لم يحدث مثل هذا في لندن مثلاً، التي ظلت فيها نسبة تشخيص المصابين(بالشيزوفرينيا) مستقرة بحدود(20٪) لأكثر من أربعين سنة.

ويبدو أن هناك عدة أسباب لزيادة تشخيص الإصابة بهذا الإضطراب في أميركا، وتوسيع مفهومه ليشمل حالات جديدة ما كانت تندرج تحت هذا الإضطراب بمفهومه السابق. وأحد هذه الأسباب هو أدولف ماير(1866- 19502) الذي يُعدُّ عميد الطب النفسي الأميركي، ما كان متحمساً لمصطلح(الخرف المبكر)، وقد تناقش مع كريلين بخصوصه أثناء وجودهما في هيديلبيرغ في عام 1896، واوضح له بأن هذا ليس مناسباً في العملية التشخيصية، وإنه من الأفضل توكيد الخصائص الفردية التي يتصف بها كل مريض، وعلى شخصيته ككل، هذا يعني أن توجه ماير في تشخيص(الشيزوفرينيا) كان مرناً، وليس محدداً بأعراض معينة أو بتدهور تدريجي، كخاصيتين ملزمتين في تعريف الإضطراب، بل إنه نظر إلى أن(الشيزوفرينيا) هي تراكم من عادات خاطئة تجمعت فوق بعضها عبر مدة طويلة من الزمن.

ولقد جرى إضافات جديدة على المفهوم الأميركي(الشيزوفرينيا). ففي سبيل المثال، اضاف كاسانينKasanin في الثلاثينات مصطلح(الذهان الشيزوفريني) من دراسته لتسع حالات مرضية شخصت على أنها مصابة(بالخرف المبكر). غير أنه وجد أن بداية إصابتها بهذا الإضطراب كانت جميعها مفاجئة، كما أن شفاءها كان سريعاً نسبياً، ولاحظ ان إضطرابها يجمع بين(الشيزوفرينيا) والأعراض الوجدانية. ولقد أصبح مصطلح كاسانين هذا معتمداً في المرشد الطبي النفسي الأميركي بصورته الأولى(DSM-I,1952) وبصورته الثانية أيضاً.

والإضافة الأخرى قدمها هوك(Hoch,1949) وزملاؤه. فقد افترضوا بأن (الشيزوفرينيا) غالباً ما تكون حالات (مقنعة أو تنكرية) لأضطرابات أخرى واقترحوا مصطلحين جديدين هما(الشيزوفرينيا العصابية الزائفة) و(الشيزوفرينيا المرضية النفسية الزائفة) ليصفوا بهما الأشخاص الإنسحابيين المصابين بالقلق المصحوب بمشكلات حادة في علاقاتهم الشخصية، والذين يتصفون أيضاً بأعراض عصابية أو ذهانية.

وعلى أساس هذه الإضافة الجديدة، فقد نتج عنها أن الكثير من المرضى الذين كانوا يشخصون على أنهم يعانون من إضطرابات عصابية ووجدانية.

واختلالات في الشخصية، وضعوا، في التشخيص الأميركي، ضمن صنف (الشيزوفرينيا).

وحدثت في الستينيات والسبعينيات تغيرات جديدة. فبعد أن كان بلويلر قد لاحظ أن بداية الإصابة(بالشيزوفرينيا) لا تكون دائماً في عمر الشباب، وأن التدهور أو التلف التدريجي لا يأخذ سياقاً معيناً، بدأ الأطباء اللاحقون يلاحظون اختلافات أخرى بين أولئك الذين تكون بداية الإصابة عندهم متأخرة، واحياناً يشفون منها، وبين أولئك الذين تكون البداية عندهم مبكرة وغالباً ما يتدهورون إلى حال أسوأ. وهذا جعل الأطباء يأخذون منحنى جديداً في التفكير باتجاه ما يجري في الدماغ من عمليات تخلُّ بوظائفه الفسيولوجية. وبهذا ادخل مصطلح جديد على المفهوم هو(عملية- ارتكاس) أو (عملية- رد الفعل-Process reactive) التي تظهر فجأة بعد حالة الإجهاد أو الضغط (Stress).

وكان هناك اختلاف بين المفهوم الأميركي والمفهوم الأوروبي (للشيزوفرينيا). ففي سبيل المثال، فإن المفهوم البريطاني يضيق من مفهوم هذه الإضطراب بحيث يبدو المفهوم الأميركي اوسع منه بكثير، يدلل على ذلك أن نسب تشخيص حالات(الشيزوفرينيا) في المستشفيات العقلية البريطانية أقل بكثير من مثيلاتها في أميركا، وعلى وجه التحديد نقول إن المفهوم البريطاني يحصر(الشيزوفرينيا) ضمن حدودها ولا يجعلها تتداخل مع إضطرابات أخرى، في حين أن المفهوم الأميركي يوسع من حدودها ويجعلها تتداخل مع إضطرابات أخرى مثل الهوس، الكآبة، العصاب، وإضطرابات الشخصية.

وكان آخر تطور حدث(للشيزوفرينيا) في الطب النفسي الأميركي قد جرى في الصورة الثالثة للمرشد الطبي النفسي الأميركي التي ظهرت في الثمانينيات بثلاثة أساليب:

أولها: جرى تحديد واضح وصريح للمعيار التشخيصي.

وثانيها :جرى استبعاد الحالات المرضية التي تظهر عليها إضطرابات وجدانية.

وثالثها:اشتراط هذا المرشد أن الفرد لا يمكن أن نعده مصاباً (بالشيزوفرينيا) مالم تستمر علامات الإضطراب عليه لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وهذا يعني استبعاد أولئك المرضى الذين تظهر عليهم علامات ذهانية لفترات زمنية محدودة، غالباً ما تكون مرتبطة بضغوط نفسية، سرعان ما تشفى منها.

وهكذا نرى أن(الشيزوفرينيا) كانت قد شغلت الأطباء النفسانيين اكثر من اي إضطراب عقلي آخر. وبرغم أن صورة تشخيصها أصبحت في الوقت الحاضر اوضح مما كانت عليه قبل عشر سنوات، إلا أن بقعاً سوداء ما تزال منثورة على سطح هذه الصورة لا يستطيع حتى المختصون من ذوي الخبرة بهذا الإضطراب السرطاني الخبيث إزالتها تماماً.

صحيح أنهم قد يستطيعون تخفيف سواد بعض هذه البقع. وحتى إضاءة بعض آخر منها، لكن بقعاً أخرى ستستعصي عليهم لمدة طويلة من الزمن، وربما قد تبقة كذلك، خيطاً في النسيج المعقد لهذا الكائن اللغز....الإنسان.

-أعراض الفصام

بالرغم من وجود اتفاق عام حول الأعراض الرئيسة للفصام، فإن بعض الإختصاصيين فيها لا يتفقون حول ما هي الأعراض الأساسية (Fundamental) لهذا الإضطراب.

غير أنه قد نظر إلى الفصام على إنه، تقليدياً، ماهو إلا إضطراب في الفكر، ولكن، وكما لاحظنا، فإنه تظهر في الفصام أعراض اخرى شاذة، سواء في:الإدراك، الوجدان، السلوك الحركي، والتوجهات نحو العالم بشكل عام، فمن هذه (التمزقات) هو الأساسي، ومن منها ثانوي؟ هل العلاقات أو الإتصالات الشخصية هي المشكلة الأساسية، كما يرى البعض؟ أو أن إنسحاب الفصامي إجتماعياً يأتي نتيجة مشكلة في الإتصال، وهذه تتسبب بالمقابل عمليات فكرية مضطربة؟ وإذا كان الفصاميون يفيدون من ان أفكارهم مسيطر عليها من الخارج، فهل هذا الوهم مشكلة عقلية، أم أنها طريقته الخاصة في تدوير أو تنظيم او تفسير التشوشات الموجودة في ادمغتهم.

وبالرغم من أن المرشد الطبي النفسي الأميركي(DSM-VI) لم يتخذ موقفاً محدداً بخصوص الأعراض الأساسية(Fundamental)، إلا انه اكد وجود الأوهام والهلاوس، إذ أشار على أنه(في مرحلة ما من مراحل المرض فإن الفصام يتضمن دائماً اوهاماً وهلاوس، أو إضطرابات معينة تصيب الفكر)(ص:81).

فضلاً عن ذلك، فإنه يجب أن يظهر هذا الإضطراب نفسه بصورة مستمرة لمدة لا تقل عن سزة اشهر، ويجب أن يكون مصحوباً بتدهور وظيفي تدريجي. ولدى توافر هذين الشرطين في المريض، عندها يمكن تشخيصه بانه مصاب بالفصام.

سنناقش في هذا الفصل الأعراض المتنوعة للفصام في فئات أو أصناف منفصلة، واضعين في الذهن إنها لا تكون كذلك في الحياة الواقعية، إنما تجتمع بهذا القدر أو ذاك في المريض الواحد. وما عزلها إلا لغرض فهمها من الناحية العلمية.

ومهما يكن الاتجاه السبيل لهذه الاضطرابات المتنوعة، فإن كل واحد منها يؤثر في الآخر، فإذا حصل فإنه سيؤثر في الوجدان ويجعله مضطرباً، وهذا يجر إلى اضطراب العلاقة الشخصية بالعالم الخارجي، كما ينبغي الانتباه إلى أن جميع الفصاميين تظهر

عليهم بعض هذه الأعراض في بعض الأوقات. وليس بالضرورة أن تظهر عليهم كل تلك الأعراض في جميع الأوقات.

-اضطرابات الفكر واللغة

تأمل في ما قالته هذه المريضة:-

(أنا طبيبة..تعرف ذلك...ها...لا أملك دبلوم، ولكن أنا طبيبة، أنا سعيدة أن أكون مريضة عقلياً، لأنها ستعلمني كيف أتواضع، روبرت جاء هنا لزيارتي. في هذا المكان الذي تطبع فيه مجلة المجنون، عندما كنت فتاة صغيرة..اعتدت أن أجلس وأحكي قصصاً إلى نفسي، وعندما كبرت أغلق صوت التلفزيون وأتحاور مع ما أراه على الشاشة. أنا عندي شيزوفرينيا.سرطان الأعصاب، جسمي مزدحم بالأعصاب، وهذا سيجعلني أفوز بجائزة نوبل في الطب، أنا لا أعدّ نفسي مصابة بالشيزوفرينيا بعد الآن، لا يوجد هناك شيئ كالشيزوفرينيا. هناك فقط تخاطر (تليباثي) عقلي. مرة كانت عندي صديقة اسمها كاميليا، كانت ابنة آبوت وكوستيلو أنا في كنيسة بنيتيكوستال. ولكنني أفكر في تغير ديني، لدى كلب في البيت. مايك أراد أن يتزوجني أريد أن أخرج خارج هذا الباب، اعتدت أن أضرب أمي، كانت تثيرني أكثر من كل الديكة التي أكلتها، أنا ذلك الشخص الذي يتوحد به(كاسبر) الشبح الصديق. اعتدت أن أخرج إلى الخارج وأسأل الأطفال الآخرين ليكونوا أصدقائي عندما كنت صغيرة .كاليفورنيا أجمل ولاية في أميركا. كنت فيها مرة.بالتلفزيون، اسمي جاك واردن. وأنا ممثلة)

.(Sheehan,1982,P,72-73)

وكما أشار أحد الاختصاصيين بقوله:(ربما كانت الصفة المفردة الأكثر وضوحاً لدى الفصاميين هي استعمالهم الغريب للغة)(Shapiro,1981,P.64). وتبدو هذه الغرابة واضحة في كلام المريضة أعلاه أثناء حديثها إلى الطبيب في مستشفى للأمراض العقلية. ويمكن أن يأخذ اضطراب اللغة لدى الفصاميين عدة أشكال منها، عدم التماسك المنطقي، فبالرغم من أن المريض قد يحاول إعادة الاستدلالات أو الاستنتاجات المتعلقة بأفكار مركزية في كلامه، إلا أن صور الفكر لديه وأجزاءه لا تكون مترابطة. بحيث يصبح من الصعب أن تفهم بالضبط ما يحاول المريض قوله لمن يتحدث إليه، كما أن الفصاميين يميلون إلى استعمال ألفاظ و تعابير جديدة (Neologism) أو كلمات جديدة يصنعونها لأنفسهم. وقد لايكون لها أي معنى لسامعها، ولا للمريض نفسه وهم يستعملون:(سلط الكلام)

والمصاداةEcholalia أو صدى الأفكار اي الترديد المرضي لما يقوله الآخرون، والحروف الصامتةMutism، والترابطات الرنانة(يطلقون أصواتاً تشبه أصوات الكركي أو الإوز)، والإبطاء أو التسريع في الكلام.

ولقد حاول بعض الباحثين التمييز بين اضطرابات الفكر وإضطرابات اللغة، أو بين الإضطرابات في محتوى الفكر واضطرابات اللغة والاتصال، غير أن هذا التمييز ممكن فقط على المستوى النظري. وتبقى الحقيقة في كون أن اللغة لا تعني شيئاً من دون التعبير عن الفكر. وأن اللغة هي دالة الفكر. وبالتالي فإن الوظيفتين (الفكرواللغة) مترابطتان، ولهذا السبب فإننا سنناقشهما سوية.

-الأوهام

تعني الأوهام وجود معتقدات أو أفكار لدى الفرد لا يوافقه عليها المجتمع بشكل عام، أو قد ينظر إليها الناس على أنها تفسيرات خاطئة للأحداث أو الأشياء لا تستند إلى أسس واقعية، وهذه أبرز خاصية يتصف بها الفصامي، وربما كانت من أصعب صفات السلوك الذهاني، ليس من حيث اقتناع الفصامي بمعتقداته الخاطئة فحسب، وإنما لكونه يسعى جاهداً لإقناع الآخرين وحملهم على التصديق بهذه المعتقدات. وبرغم أن هذه الأوهام يمكن أن تصاحب إضطرابات نفسية متنوعة مثل: الهوس، الإختلال العضوي، الحالات الناتجة من تناول جرعات كبيرة من العقاقيروما إلى ذلك، إلا أنها تكون شائعة بين الفصاميين، ومن امثلة هذه الأوهام ما قاله مريض بالفصام كان يرقد في مستشفى الرشاد(الشماعية) للأمراض العقلية في مدينة بغداد، إلى طلبة علم النفس بجامعة بغداد الذين كانوا يقومون بزيارة علمية بصحبة استاذهم(المؤلف).....قال لهم بصوت ممتلئ يقيناً(يقينه هو):

(إنفجار جالنجر كان بسبب خطئهم)، (وجالنجر سفينة الفضاء الأمريكية التي انفجرت بعد انطلاقها بثوان وعلى متنها سبعة رواد، في كارثة فضائية حدثت في ثمانينات القرن الماضي)،.

سألوه كيف؟

أجاب:كان عليهم أن يستشيروني.

وسألوه:لماذا؟

أجاب:لأن انا الذي وضعت برنامج جالنجر!).

وفي الواقع أن محتويات أوهام الفصاميين متنوعة وغنية جداً بالخيارات والتصورات، وبعض اخيلتها تفوق ما تظهر في بعض أفلام الصور المتحركة(الكارتون) من خيالات غير معقولة، ولكنها غنية بالأفكار، ومع ذلك فإن التصنيفات الحديثة لهذه الأوهام مالت إلى وضعها في انماط معينة، على وفق الآتي:-

1. أوهام الإضطهاد :اعتقاد الفرد بأن هناك من يتآمر عليه أو يتجسس عليه، أو يهدده، أو يسيء معاملته، ويميل اكثر إلى الإعتقاد بأن من يتدبر له هذه الأمور ليس شخصاً واحداً بل جماعات.... اتحدوا في مؤامرة ضده.
2. أوهام السيطرة(أو التأثير) وتعني الإعتقاد بوجود أشخاص آخرين، أو قوى، أو ربما كينونات بعيدة، تسيطر على افكار وأحاسيس، وافعال الفرد، بوسائل غالباً ما تكون أجهزة الكترونية ترسل إشارات مباشرة إلى دماغه.

مثال:في زيارة علمية لطلبة قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة بغداد إلى مستشفى ابن رشد للأمراض العقلية في العاصمة بغداد بصحبة مؤلف هذا الكتاب، قال لهم أحد الفصاميين بأنه على إتصال بالقمر، وأنه يتلقى إشارات منه، وهو بدوره يرسل له إشارات ايضاً. وفي أثناء كلامه اعترته هزة ورجفة جفل منها الطلبة(لاسيما الطالبات). وبعد ثوان قال أنه كان قد تلقى إشارة من القمر!.

3. أوهام المرجع(أو الصلة) وتعني الإعتقاد من أن أحداثاً او تنبيهات ليست لها أية علاقة أو صلة بالفرد، ويرى أنها تعنيه هو بشكل خاص، فقد يفكر المريض بأن حياته قد جرى تصويرها في فلم سينمائي او تمثيلية تلفازية، أو أن ما آذاعه المذياع من أخبار كانت بخصوصه هو.
4. أوهام الشعور بالخطيئة والذنب وتتضمن هذه اعتقاد الفرد بأنه ارتكب خطيئة لا تغتفر، أو انه تسبب في إلحاق آذى كبيراً بالآخرين. فقد يدعي بعض الفصاميين على سبيل المثال- بأنهم قتلوا أطفالهم.
5. أوهام المراق(الوساوس) وتعني الإعتقاد الذي لا أساس له من أن الفرد يعاني من أمراض بدنية شنيعة، وهذه الأوهام تختلف عن المخاوف التي لا أساس لها لدى المصابين بالوساوس المرضية. ليس من حيث كونها لا تشير إلى أمراض محددة وفعلية، بل إلى غرابة هذه(الأمراض).

فبينما قد يشكو المصاب بالوساوس المرضية من مرض الكبد أو ورم خبيث في الدماغ، على سبيل المثال، فإن الفصاميين يدعون بأن أكبادهم قد تقطعت إلى قطع صغيرة وأزيلت من أبدانهم، أو أن أدمغتهم ملأى بالتراب.

6.أوهام العدم(النهلستية)وتعني اعتقاد الفرد بأنه، أو الآخرون أو العالم بأكمله، قد توقف عن الوجود. فقد يدعي الفصامي، مثلاً، من أنه روح قد عادت من الموت.

7.أوهام العظمة(والفخامة)وتعني اعتقاد الفرد من أنه شخص مشهور جداً، ومهم جداً، وصاحب قوة عظيمة، وقد تتجمع أوهام من هذا القبيل في كينونة أو شخصية يثبت عليها المريض، غالباً ما تكون شخصية تاريخية معروفة، كإعتقاده بأنه(المسيح) الجديد، أو نابليون الجديد، أو هتلر مثلاً.(في مدينة بغداد شخص يدعي أنه هتلر، لدرجة أنه لا يرد عليك السلام ما لم تقل له هاي هتلر!).

وأخيراً، فإن الكثير من الفصاميين يدعون بأن أفكارهم تكون متأثرة بطريقة ما، ومثل هذه الأوهام تكون مرتبطة بأوهام السيطرة وتشمل:

1- بث الفكر وتعني اعتقاد الفرد بأن أفكاره يجري بثها(كما لو كان إذاعة) إلى العالم الخارجي، وأن الجميع يسمعها.

مثال:أفاد طالب جامعي عمره(21)سنة قائلاً: ((عندما أفكر فإن أفكاري تغادر رأسي على شكل شريط مسجل، ما على الجميع سوى أن يشغلوه في أدمغتهم ويعرفوا أفكاري)).

2- إقحام الأفكار وهذه عكس الأولى، حيث يعتقد الفرد بأن الآخرين يقحمون أو يدخلون أفكارهم برأسه، وبخاصة الأفكار الفاحشة.

مثال:أفادت سيدة ربة بيت عمرها(29)سنة قائلة:((أنظر من الشباك فأرى الحديقة جميلة، والعشب لطيفاً، ولكن أفكار(إيمون أندريوس) تدخل في دماغي..فقط أفكاره..يتعامل مع دماغي كما لو كان شاشة يسقط عليها أفكاره، تماماً كما يسقط الضوء على صورة)).

3.سحب أو جرّ الأفكار وتعني اعتقاد الفرد بأن الآخرين يسحبون أو يجرون أو يقتلعون الأفكار من رأسه.

مثال:أفادت امرأة عمرها(22) سنة تصف هذه الخبرة قائلة:((أنا أفكر بخصوص أمي، وفجأة تطير الأفكار عن دماغي،يقتلعها قالع متخصص في فراسة الدماغ عندما-لايبقى شيء في دماغي..يبقى فارغاً)).

إن هذه الأوهام، بالشكل الذي ذكرناه أعلاه، قد تمثل بشكل جيد محاولة أو جهداً من المرضى في التفسير لأنفسهم حالة التشوش الكامل للأفكار التي في رؤوسهم فالكثير من الفصاميين، على سبيل المثال، يمرون بحالة الحاجز الذهني الذي يحدث في منتصف كلامهم، إذ يتوقفون عن الكلام فجأة ويصمتون، دون تمكنهم من إعادة تجميع الكلام الذين كانوا يقولونه. وحالة الإضطراب هذه التي تحدث للفصاميين، وتحدث أيضاً لأي واحد آخر، ونمني بها التوقف عن الكلام فجأة، يمكن تفسيرها- إفتراضاً- بأن أحداً ما قد يسرق الأفكار من رأس الفرد(Bootzin & Acocella, 1984).

ويبدو من الصعب أحياناً على الطبيب القائم بالتشخيص التمييز بين ما هو وهم وما هو واقع، مما يؤدي- دون شك- إلى خطأ في التشخيص. فقد ذكر (BABIGIAN & Kraft, 1972) حالة امرأة(س) التي ادعت في أحد الأيام، عندما كانت في غرفة الطوارئ بالمستشفى، بوجود إبر في ذراعيها، ولدى الإستفسار منها كشفت المرأة عن أنها أمضت تسع سنوات في مستشفى الأمراض العقلية. وكانت في خلال ثمان سنوات من وجودها تندفع بعنف في حالة في تشويه الذات، حيث كانت تطيع أصواتاً تخبرها بانها امرأة رديئة، وأن عليها أن تقتل نفسها، فتندفع إلى تشريط معصمها وبطنها، وأفادت أيضاً بأنها كانت تتعاطى المسكرات بكثرة لسبع سنوات. ولقد كشف البحث الطبي عن عدم وجود علامات للأبر على ذراعيها، ولا أية اجسام غريبة في داخل ذراعيها، مما اقنع الأطباء في أن هذه المرأة مصابة بالأوهام، ومع ذلك ارادوا أن يتحققوا أكثر فعمدوا إلى أخذ صور شعاعية لها. ولأشد ما كانت دهشة الأطباء عندما أظهرت هذه الأشعة وجود عدد من الإبر في داخل ذراعيها!. وتبين أنها كانت قبل سنة حاولت الإنتحار بأن أدخلت إبراً في ذراعيها، وأن هذه الإبر ظلت غير مكتشفة خلال ثلاث مرات لاحقة. ادخلت فيها المستشفى للمعالجة. وأنها من المحتمل أن تكون في خلال هذه المرات كانت قد افادت بوجود هذه الإبر، وأن ما ذكرته كان قد جرى افتراضه من الأطباء المعالجين على أنه نوع من الوهم.

-فقدان الترابط

يعاني الفصامي من عدم الترابط بين الأفكار المختلفة أو بين وظائف عقلية مختلفة، وأحد أوضح مظاهر هذا التفكك يحدث في نوعية كلامه من حيث تشتته وعدم ترابطه.فالكلام الطبيعي(كلام الأسوياء) يميل إلى أن يأخذ مساراً واحداً من الفكر تحكمه ترابطات منطقية بين الأفكار المختلفة. وما يحدث في كلام بعض الفصاميين هو

عدم وجود مثل هذه الترابطات. وكما يصفها المرشد الطبي النفسي (DSM)فإن الأفكار تقفز من حدث إلى آخر له به علاقة غير مباشرة، أو لا تكون له به أية علاقة، تؤدي بالتالي إلى أن يهيم الشخص بكلامه ويبتعد عن الموضوع وعندما تكون حالة المريض حادة، فإن كلامه قد يصبح كله غير متماسك منطقياً.

غير أننا لا نعرف على وجه التحديد أية عمليات عقلية تسبب هذا التشوش في الكلام. ومن المحتمل أن المشكلة تكمن في الطريقة التي يتعامل بها العقل مع هذه الترابطات، وبالرغم من أن اللغة هي مرآة العمليات الفكرية. فإن الكلام، من دون شك، هو النسخة الفعلية للفكر، فالأفراد يعملون في إتصالهم الواحد بالآخر الكثير من الترابطات العقلية المختلفة سواء في العبارات التي يقولها الفرد للآخر، أو تلك التي يتسلمها من الآخر، فالفرد يعمد قبل كلامه إلى أن(يحرر Edit) هذه الترابطات وينتقي تلك التي تكون لها صلة بالموضوع الذي يتحدث به إلى الآخرين. وما يحدث في عقل المصاب بالفصام أن عملية الإنتقاء هذه تنحل أو تتفكك ويمضي المتحدث متبعاً مساره الخاص من دون الأخذ بما له صلة بالموضوع الذي يتحدث عنه، أو الآخرين الذين يسمعونه.

إن هذا لا يعني أن الفصاميين لا يكون بمقدورهم إعطاء إجابة صحيحة عن سؤال مباشر، فقد أشار كوهين وجماعته إلى أن الفصاميين يستطيعون صنع ترابطات أساسية بخصوص مثيرات معينة بنفس السهولة التي يعمل بها الناس العاديون، ولكنهم يفشلون في صنع الترابطات الثانوية الحاذقة فتأتي مشوشة، ، وغير متماسكة منطقياً(1974، Cohen).

ويرى باحثون آخرون أن الفصاميين يعانون من صعوبة (عدم مصاحبة أو ملازمة) تلك التنبيهات التي كانت قد لفتت إنتباههم (Dokecki & Cromwell, 1968). ويفترض باحثون جدد من إن جذور مشكلة التفكك أو عدم الترابط قد تكون ضاربة في إنهيار الكفاءة الطبيعية(Bootzin & Acocella, 1984,Weiten,2004) وهذه فرضية سنتفحصها لاحقاً.

- فقر المحتوى

إن النتيجة لإفتقار الترابطات المنطقية في لغة الفصاميين تتمثل في كونها لا تحمل إلا القليل من المعنى.فبرغم أن الفصامي يستعمل كلمات كثيرة، وأنها قد تكون صحيحة قواعدياً، إلا أن التواصل في ما تحمله من معنى إلى سامعها يكون فقيراً. وإليكم هذا المثال الذي ذكره "بلولر" في عالم(1911) عن حالة مصابة بالفصام، في رسالة بعثت بها إلى أمها.

ماما العزيزة:

انا اكتب على الورقة، القلم الذي استعمله هو من مصنع اسمه(بيري وشركاه) هذا المصنع في إنكلترا. انا افترض ذلك، خلف اسم(بيري وشركاه) مدينة لندن منقوشة، وليس ليس المدينة مدينة لندن هي في إنكلترا، انا اعرف ذلك من أيام الدراسة، انا دائماً أحب الجغرافيا، كان آخر مدرس في هذه المادة هو برفيسور اوعست. كأن رجلاً له عينان سوداوان، انا ايضاً احب العيون السود. هناك أيضاً عيون زرق ورمادية وأنواع اخرى، ولقد سمعت أن الأفاعي لها عيون خضراء. كل الناس عندهم عيون، وهناك البعض منهم عميان، وهؤلاء العميان يقودهم الأطفال، انه شيء فظيع أن لا تكون قادراً على أن ترى، هناك اشخاص لا يستطيعون ان يروا وكذلك لا يستطيعون أن يسمعوا، واعرف بعضهم يسمعون كثيراً جداً يستطيع الإنسان ان يسمع كثيراً (Bleuler,1911,1950.P,17).

لقد اشار" بلولر"، الذي نشر هذه الرسالة لأول مرة، إن الصفة المشتركة الوحيدة للأفكار المعبر عنها هي انها جميعها على مستوى دراية المريض بها: لندن، الجغرافيا، الدراسة، معلم الجغرافيا، عيناه السوداوان، عيون رمادية عيون أفاعي خضراء، عيون بشر، ناس عميان، ناس لا يسمعون، وما إلى ذلك.

إن الرسالة تقول الكثير، وكل مافيها مناسب، ولكنها فقيرة في محتواها وتكاد لا تحمل شيئاً، لأنها تفتقر إلى مبدأ الوحدة في ترابطات الأفكار والمعاني.

-لغة جديدة (Neologisms):

يستعمل الفصامي لغة خاصة به Neologism من حيث أنه يستعمل في كلامه مفردات جديدة يكونها بمزج أو دمج جزاين او اكثر من كلمات عادية، أو انه يستعمل كلمات شائعة بنمط جديد.

وكما أشرنا سابقاً فإن معظم الباحثين يفسرون إضطراب الكلام لدى الفصاميين على أنه ناتج من إضطراب التفكير لديهم، ومع ذلك فقد افترض عدد من الكتاب(انظر مثلاً: Fish، 1975، Kleist، 1960) أن بعض ما يبدو غريباً في لغة الفصاميين قد لا يكون ناجماً من الإضطرابات الأساسية في التفكير، بقدر ما تكون ناتجة من عدم القدرة على تذكر أو إسترجاع رموز لفظية شائعة ومتفق عليها. بمعنى أن الفصاميين يمكنهم أن يقولوا ما هو معقول، ولكنهم ببساطة لا يستطيعون أن يجدوا الكلمات الصحيحة لما يريدون قوله، فيستعملون مفردات وتعابير غير موجودة في قواميس اللغة، ويطلق على هذه

الإستعمالات Neologisms (وتعني حرفياً:كلمات جديدة) . وما يبدو مدهشاً في هذه(اللغة الجديدة) هو انها تتمكن أحياناً من إيصال الأفكار بصورة واضحة ومؤثرة.

-الرنين (Clanging):

ويقصد بها خاصية يتصف بها نمط كلام الفصامي بأن يستعمل سلسلة من الكلمات سوية لأن لها إيقاعاً واحداً أو صوتاً متشابهاً، بغض النظر عن المنطق. فبينما قد تحمل(اللغة الجديدةNeologism) شيئاً من التواصل الفعال، فإن رنين الصوت هو القفز على الكلمات من دون أية رابطة بينها، سوى أن لها إيقاعاً أو رنيناً واحداً متشابهاً، وقد تكون لهذا الرنين علاقة بمشكلة الترابط التي ورد ذكرها سابقاً. وفي هذه الحالة، فإن قاعدة الترابطات هنا تكون الإيقاع أو الصوت وليس المعنى.

- سلاطة الكلمات:-

تبدو لغة الفصاميين أحياناً مفككة تماماً من العملية الترابطية، بحيث يصعب على سامعها متابعتها أو الربط بين كلماتها أو تعابيرها المتتابعة، وفي هذه الحالة يبدو كلامه خليطاً متنافراً من الكلمات مثل خليط السلاطة، عندها يكون الفصامي قد وصل المرحلة الأخيرة في(الفصام) كلام، تكون الرسالة التي تحملها لغته لم تعد لها قيمة إتصالية.

- إضطرابات الإدراك:-

هناك أدلة واضحة على أن الفصاميين يدركون العالم بشكل مختلف عن الناس الآخرين، فهم يفيدون أو يتحدثون وبشكل مستمر عن إدراكات شاذة للعالم المحيط بهم، ففي دراسة مقارنة بين الفصامين وغير الفصاميين أجراها فريدمان وجامبمان(1973) تبين منها أن الفصاميين وفي بداية دخولهم المستشفى، قد ذكروا عدداً كبيراً من التغيرات في وظائفهم الإدراكية، يختلف وبشكل جوهري عن غير الفصاميين، من بينه: خداعات بصرية، إدراكات سمعية مضطربة بشكل حاد، عدم القدرة على التركيز، صعوبة في تحديد أو معرفة الناس، وصعوبة في فهم كلام الآخرين(Fteedman و1973 Chanpman ,

وأفاد الفصاميون كذلك بتغيرات غريبة في أجسامهم، مدعين حصول تقطيع في أحد أعضاء جسمهم، فالكبد أو القلب مثلاً.

وقد تأيد بالإختبارات الإدراكية المختبرية وجود هذه الإضطرابات لدى الفصاميين، منها أنهم لم يستطيعوا تقدير أحجام الأشياء بشكل صحيح(Strauss وآخرون، 1974)، ولا تقدير الوقت أيضاً (Petzel, Johnson1971 ,). ولم يستطيعوا تمييز إتجاهات الجسم في

المكان(Ritzlar وآخرون 1974,) مما يعني أنهم يعانون من نوعين أساسين من الإضطرابات هما: تعطل أوانهيار الإنتابة الانتقائي، وخبرة الهلاوس(2000، Lahey).

-إنهيار الانتباه الإنتقائي:

أشرنا فيما سبق إلى وجود جدل بخصوص المرض(الأساسي) للفصام، وما المرض الذي تنشأ منه الأعراض الأخرى، غير أن عدداً من الباحثين المعاصرين يعتقدون بأن الجواب يكمن في الانتباه(2001، Nolen، Maher، 1977، 1979). فالناس الأسوياء يمارسون الانتباه الإنتقائي من دون التفكير به، بمعنى أنهم يقررون ما يرغبون في التركيز عليه، فيوجهون انتباههم إليه لتلتقط أجهزتهم الحسية للمعلومات الخاصة بذلك الشيء المهتمين به، ويهملون المعلومات الأخرى غير الضرورية (مثل صوت مكيف الهواء في الغرفة، أو الإضاءة أو لون القميص الذي يرتديه الشخص...) أما الفصاميون فإنهم يدركون غير قادرين على ممارسة هذه العملية الإنتقائية العادية أو السوية. وهي حقيقة أشار إليها كريبلين وبلولر منذ قرنين، غير أن الباحثين المعاصرين يرون بأن هذا الخلل أو الضعف الإستثنائي يمكن أن يكون أساس معظم الأعراض المرضية الأخرى المرافقة للفصام. وهذا افتراض جديد طرحه ماكي وجامبمان(1961)، ولتوضيح ذلك، فهما يدعوانك إلى أن تتصور ما يحدث في العقل في حالة انهيار الانتباه الإنتقائي:(إن الوعي أو الشعور سيفيض بكميات هائلة ومختلفة من المعلومات والبيانات الحسية، التي تنتقل من البيئة إلى الكائن الحي عبر أجزته الحسية، وسيضاف إلى هذه المعلومات إنطباعات أخرى وصور عقلية داخلية متنوعة ،والترابطات فيما بينها التي لا تستمر في التناسق أو التساوق مابين المعلومات القادمة من البيئة والصور العقلية الداخلية، مما تؤدي بالإدراك إلى أن يرتد أو ينقلب إلى الحالة السلبية، فيتحول إلى عملية تمثل لا إرادية تشبه ما يحدث في الطفولة المبكرة، وإذا ما حصل طوفان في المعلومات الحسية القادمة من البيئة، فإنها تؤدي تدريجياً إلى أن تزيح من العقل(أو الإدراك) تلك البناءات المستقرة فيه عن الواقع السابق)(1961، ص105، Nolen,2001,P. 543).

ونتيجة لذلك، فإننا نفترض أن الفرد يرى عالماً آخر، فيعمل ترابطاته الغريبة، وكلامه الشاذ، وإنفعالاته غير المناسبة، وإنه لمن السهل أن تتصور بأنه سيؤمن بمعتقدات غريبة، ويتعرف بأنماط سلوكية غير مألوفة، كوسيلة دفاعية ضد هذا التدفق المتلاحق من المعلومات الحسية، وبإختصار، فإن الحالة الناتجة نضفي عليها نحن مصطلح (الفصام).

-الهلاوس:

يمكن اعتبار الهلاوس أنها صور عقلية قوية يخبرها الفرد كما لو كانت مدركات عن العالم الخارجي(Crider وأخرون، 1986). فالكثير من الفصاميين يدركون أشياء غير موجودة في الواقع. ويطلق على هذه المدركات التي تحدث من دون وجود تنبيهات خارجية، الهلاوس. وقد يكون الكثير منا قادراً على أن يسمع أصوات متخيلة أو متصورة، ويكوّن صوراً بعينه العقلية(minds eye). وحتى لمس أو شم أشياء في غياب وجود الإستثارة المناسبة، ولكننا حين نفعل ذلك فإننا نكون على دراية بأمرين أساسين هما:-

1.إننا نسيطر على هذه الصور.

2.إنها ناتجة عن تصورات نتخيلها وليست إستجابات لتنبيهات خارجية فعلية.

أما بالنسبة للفصاميين فإن عدداً منهم قد يدرك أن الأصوات التي يسمعونها موجودة فقط(في داخل رؤوسهم)فيما يكون عدد آخر منهم ليس متأكداً ما إذا كانت هلوساتهم حقيقية أو متصورة، وتبقى نسبة كبيرة منهم، وبخاصة الحالات الذهانية الحادة، يعتقدون(بحقيقة) إن هلاوسهم هي مدركات لأحداث الواقع الموضوعي.

وتفيد الملاحظات السريرية من أن الهلاوس السمعية هي الأكثر شيوعاً بين الفصاميين، تليها الهلاوس البصرية، تليهما الهلاوس الحسية الأخرى.

وفيما يأتي مثال عن هلوسة سمعية لفصامي يعاني من أوهام الموت والفناء.

(أنت تدري بموت فرجينيا، أنت تدري بموت والدك، أنت تدري بأن العالم قد انتهى. أنت تدري بأنك ميت، أنت تدري بأنك قتلت الكثير من الناس. أنت تدري بأنك مسؤول عن الهزة الأرضية التي أصابت كاليفورنيا، وموت الكوكب الأرضي أنت تدري بأنك صاحب رسالة. أنت تدري بأنك المسيح(Vonnegut، 1975، ص139).

-إضطرابات المزاج والوجدان:

يتصف الوجدان الطبيعي للإنسان بالدفء والإنسجام الداخلي والتوافق مع العالم الخارجي، ومن السهولة النسبية أن نقرأ على ملامحه ما يجول في وجدانه من حزن او سعادة، أما المصاب بالفصام فقد يفشل الفاحص في قراءة ملامحه وتعابيره، فوجهه يفقد القدرة على التعبير، وعواطفه تبدو جامدة أو باهتة أو مسطحة وبليدة، فإذا ما قال المريض أنه سعيد جداً، لم يجد الفاحص أثراً من تلك السعادة لا في بريق عينيه ولا في سحنته.فالبرود والقصور الذاتي والسطحية وعدم الإكتراث واللامبالاة كلها من صفات الإضطراب الوجدانية للمصابين بالفصام. فضلاً عن ذلك، فإن إستجابات المصاب بالفصام

للعالم الخارجي أو لعالمه الداخلي غير متوازنة ولا منسجمة، إذ يعبر عن إنفعالاته بأساليب غير مناسبة. فالمريض قد يضحك أو يبتسم عندما يتحدث عن الكيفية التي جرى بها تعذيبه من قبل مجهولين وقد يضحك على حين غره أو يبكي دون سبب، أو ينتقل من حالة إلى أخرى بسرعة غير معقولة وغير منسجمة، وهذا التقلب الوجداني السريع وكذلك التفكك العاطفي هما من الصفات المميزة للمصاب بالفصام.

ويتجلى البرود العاطفي أو اللامبالاة في حالة المصاب الذي أحرق غرفته وجلس يتفرج عليها. فلما سئل عما فعل أجاب ببساطة وبرود انه أحرق الدار، بل إن بعض المرضى يشعرون وكانهم يعيشون في كابوس يموج بالأشباح والمخاوف والرعب والنشوة والطرب والغموض فيهمل المريض أصدقاءه ويتخلى عن اهتماماته وهواياته (الدباغ، 1977).

غير أن الإضطرابات الوجدانية لدى الفصاميين تختلف عن تلك التي يتصف بها الذهانيون في جانبين مهمين:-

الأول: إن الإضطرابات الوجدانية الأساسية، وكما رأينا في فصل الإضطرابات الوجدانية، تشمل إما الكآبة الحادة أو الإكتئاب الهوسي، أو التغيرات والتقلبات بين الحالتين. أما بالنسبة للفصاميين فهي تكون في العادة إما نقص في الوجدان، أو حالة وجدانية لا تتناسب مع سياقها المباشر الذي تحدث فيه.

والثاني: إن الإضطرابات الوجدانية الأساسية(الكآبة والهوس بشكل خاص) قد تتضمن تقلبات مفاجئة ومتطرفة في المزاج، فيما لا تحدث تقلبات مزاجية مستمرة لدى الفصاميين بنفس الإيقاع الذي تحدث فيه لدى الذهانيين الآخرين(Bootzin & Weiten,2004,Acocella,1984).

وباختصار، يمكن أن تجمع الإضطرابات الوجدانية لدى الفصاميين بنوعين شائعين هما :الوجدان الساذج أو المسطح(Flat Affect) الذي يعتمد على هذه الدرجة أو تلك من اللاأبالية وعدم الإكتراث والجمود أو التحجر الإنفعالي، والوجدان غير المناسب الذي يعني أن إستجاباتهم الإنفعالية غير مناسبة للموقف الذي تحدث فيه.

- إضطرابات السلوك الحركي:

تتنوع إضطرابات السلوك الحركي لدى الفصاميين وتأخذ أشكالا وأوضاعاً مختلفة، ومن أكثرها وضوحاً هي:السلوك النمطي أو التكرار الحركي(Stereo, type)، الذي يتمثل في إنشغال المريض بأفعال تكرارية لا معنى لها من قبيل: هز الرأس لعدة ساعات أو

تأرجح الجذع أو تدوير الأيدي، أو تحريك الأذرع، والنوع الثاني، فيه شيء من الغرابة، إن جسم الفصامي يكتسب مطاوعة لأن يحرك عضلاته ومفاصله بليونة كما لو كانت من الشمع، ولهذا يطلق عليها(الليونة أو المرونة الشمعيةWaxy Flexibility)، بحيث يمكن للطبيب الفاحص أن يصوغ وضع أطراف وجسم المريض مثلما يقولب الطين.

والنوع الثالث المميز من الإضطرابات الحركية، وهو أكثرها حدة، هو الجمود أو الثبات التخشبي(Catatonic Immobility)حيث يبقى واقفاً على ساق واحدة، مثلاً، لساعات أو يوم بكامله دون أن يتحرك ودون أن يتكلم. أما النوع الرابع فهو الهيجان أو الإستثارة (Excitement) حيث تزداد حركة المريض فيأخذ بالصراخ أو التهديد أو التحطيم والإعتداء على الآخرين.

- الإنسحاب الإجتماعي:

إن العلاقة المبكرة للإصابة بالفصام هي الإنفصال الإنفعالي الذي يتمثل بنقص أو تضاؤل الانتباه بما يجري في العالم الخارجي. إذ يبدأ المصاب بالإنسحاب تدريجياً من الانشغال والاهتمام بالبيئة. وفي مقدمتها الانعزال عن الناس الآخرين من حوله وبالرغم من أن مفهوم الإنعزال عن الآخرين يأخذ مدى واسعاً، من العادي إلى غير العادي، إلا أن ما يميز عزلة الفصامي هو عدم وجود تفاعل إجتماعي بينه و بين شخص آخر، فنادراً ما ينشغل الفصاميون في حديث قصير مع الآخرين، فهم غالباً ما يتصرفون كما لو أن الآخرين غير موجودين.

وتظهر العزلة الإجتماعية بأوضح صورها في الحالات الفصامية المزمنة فقد وجد دك (Duke) وميولنز(Mullins)(1973)، في سبيل المثال، إن الفصاميين المزمنين يفضلون أن يكونوا على مسافة بعيدة من الآخرين بالمقارنة مع المرضى الذهانيين أو الناس العاديين، فيما وجد باحثون آخرون أن الفصاميين يميلون إلى أن ينظروا إلى الناس الآخرين بأقل مما يفعله الناس العاديون(Rutter، 1973) كما يتجنبون نظرة أو تحديق أي شخص ينظر لهم بشكل مباشر (Lahey، 2000).

لنتذكر ما كنا أشرنا إليه بخصوص انهيار الانتباه الإنتقائي لدى الفصاميين، والتدفق المتلاحق من المعلومات الحسية التي يستلمونها من البيئة، ولنطرح هذا التساؤل: أيمكن أن يكون تجنب الفصاميين لنظرة أو(حزرة) الآخرين إليهم لا تعني اتقاء الانتباهات الإجتماعية بقدر ما تعني محاولة لخفض التدفق الحسي من التنبيهات البيئية؟.

لقد تحقق وليمزWilliams (1974) من الإجابة عن هذا السؤال وعمد إلى مقارنة مقدار الوقت الذي يقضيه المفحوصون في ثلاث مجموعات(فصاميون، وذهانيون غير فصاميين، وعاديون) في مشاهدة برنامج تلفزيوني أو النظر إلى شخص يحاول أن يجرهم إلى مناقشة وعيناه مركزتان نحوهم، فلم يجد فروقاً بين الناس العاديين والذهانيين أو المرضى من غير الفصاميين، فيما كان الفصاميون قد قضوا وقتاً أقل في النظر إلى الشخص الآخر، ووقتاً أطول في النظر إلى البرنامج التلفزيوني. وهكذا فإن تجنب التحديق أو النظر لدى الفصامي يبدو في الحقيقة على أنه(تجنب شخص) وليس مجرد(تجنب تنبيهات).

ومع ذلك فإن هذا لا يعني أن الإنسحاب الإجتماعي لدى الفصاميين لا يرتبط بمشكلاتهم الانتباهية، بل إن كليهما في الواقع مرتبطان بشكل وثيق. فالتشوش العقلي المفترض أنه ينتج من الخلل أو العجز في الانتباه يجعل التواصل مسألة في غاية الصعوبة. وكما رأينا فإن الإتصال لدى الفصاميين يكون ضعيفاً للغاية. ففيما يتعلق بمشاهدة التلفزيون فإن الوضع فيه لا يتطلب أن تكون مفهوماً من قبل التلفزيون. فيما يكون الأمر كذلك بالنسبة للكائن البشري، حيث يحاول أن يفهمك. وعليه فإن الفصاميين يعرفون بالخبرة من أن الناس يميلون إلى فهمهم (وفي الواقع أنهم يقسون معهم في العلاج) ولهذا فإنهم يفضلون النظر إلى التلفزيون ويتجنبون النظر إلى الإنسان.

-المراحل التطورية للفصام:

يأخذ الفصام، كما هو الحال في بعض الإضطرابات النفسية، مساراً منتظماً، أو مراحل تطورية عبر الزمن. ولقد جرى تقليدياً تقسم هذا المسار الذي يتطور به الفصام إلى ثلاث مراحل هي:-

-المرحلة الإستهلالية(الأولية):

إن بدايات الفصام غالباً ما تحدث في أثناء مرحلة المراهقة في بدايات الرشد، وقد تحدث أحياناً بشكل مفاجئ جداً. ففي غضون أيام قليلة يتحول الفرد من إنسان سوّي وعاقل ومتكيف بشكل جيد إلى شخص آخر ذهاني. فيما يحدث الفصام في حالات أخرى بشكل بطيء واختلالات وظيفية خفية أو غير بينة قد تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل إضطرابات ذهانية واضحة، ويطلق على هذه المرحلة التدريجية من النشوء والتطور بالمرحلة الإستهلالية أو الأولية.

ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو ميل الفصامي إلى الإنسحاب والعزلة الإجتماعية، وغالباً ما يهمل مظهره وصحته، وينسى أن يذهب إلى الحمام، وينام بملابسه..وما إلى ذلك. كما ان اداءه في المدرسة أو في العمل يختل ويضعف، فهو إن نهض في الصباح فإنه ينهض متأخراً، ويبدو في أدائه مهملاً وتبدو إنفعالاته، في الوقت نفسه، سطحية وساذجة وغير مناسبة.

وتحصل في بعض الحالات أن الإضطراب يظل يتابع تطوره بصورة تدريجية ولكن بشكل غير واضح للآخرين، إلى أن يبدأ الفرد بإظهار تصرفات شاذة وغريبة، كأن يقوم بجمع القمامة أو التحدث إلى نفسه، أو الإنشغال بتصرفات سلوكية أخرى غير مالوفة، وعندها يكون هذا الفرد مهيأ للدخول في المرحلة الثانية للفصام.

-المرحلة النشطة:

يبدأ المريض في المرحلة النشطة هذه (Active Phase) بتصرفات سلوكية ذهانية، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة من قبيل:الهلاوس، الأوهام، الكلام غير المترابط، الإنسحاب الحاد، وما إلى ذلك. وليس من الضروري بطبيعة الحال أن تظهر كل هذه الأعراض على مريض واحد.

-المرحلة المتبقية:

قد يحصل شفاء تدريجي لبعض حالات الفصام، غير أن معظم المرضى الذين يبلغون المرحلة النشطة أو الحادة يواصلون مسيرتهم التطورية في المرض ويدخلون المرحلة الثالثة المسماة بالمرحلة المتبقية(Residual Phase)، حيث يكون السلوك فيها مشابهاً للمرحلة الأولى، الإستهلالية، ويغلب عليه الجمود في العواطف، وتكون إنفعالاته ووجداناته مسطحة وبليدة، وقد يبقى كلامه مفككاً، وصحته متدهورة، وبالرغم من أن هلاوسه وأوهامه قد تتبدد، فإنه يظل يمر بخبرة إدراكية غير عادية، وافكار غريبة، وإدعاءات من قبيل القدرة على التنبؤ بالمستقبل أو السيطرة على الأحداث من خلال التفكير السحري. ونتيجة لذلك، فإن الفصامي في هذه المرحلة يبقى غير قادر على تحمّل مهمات بيتية أو القيام بعمل وظيفي.

وتحصل في بعض الحالات أن تنتهي المرحلة المتبقية بالعودة إلى ممارسة الفرد لوظائفه العادية بشكل تام، غير أن هذا لا يحدث، لسوء الحظ، إلا نادراً، أما غالبية المرضى فإنهم يبقون على أوضاعهم، وقد ينحدر بعضهم إلى حالٍ أسوأ فتعاوده الذهانات الحادة التي

كانت تظهر عليه في المرحلة النشطة للفصام، ولقد اشارد دراسة تيبعية قام بها مانفر(ابن الطبيب الفصامي المعروف بلولر) لأكثر من الف فرد مصاب بالفصام، تبين منها أن حوالي10٪ منهم ظلوا على حالهم لما تبقى من حياتهم، و20٪ منهم عادوا ليمارسوا وظائفهم العادية، فيما بقي 50٪ إلى 60٪ منهم تتارجح أو تتغير حالتهم بين المرحلتين، النشطة والمتبقية (Manfred، 1978).

-أبعاد الفصام:

كانت البحوث الأولى في ميدان الفصام تعمد إلى أجزاء مقارنات بين مجموعات غير متجانسة من الفصاميين بمجموعات من الأفراد الأسوياء. غير أن هذه البحوث وجدت أن عدم التجانس بين الفصاميين انفسهم لا يخدم الغرض الرئيس الذي سمت هذه البحوث إلى التحقق منه، وقد دفعهم هذا إلى البحث عن تصنيف يمكن بموجبه فرز الفصاميين إلى مجموعات فرعية، يكون أفراد كل مجموعة منها متجانسين فيما بينهم بشكل أفضل مما لو بقي جميع الفصاميين في مجموعة واحدة. وكان لابد للباحثين أن يحددوا أبعاداً تسهّل أمر هذا التصنيف، فتوصلوا إلى إقتراح عدة أبعاد، غير أن البعدين اللذين لفتا انتباه واهتمام المعنيين بالفصام هما كانا: بعد(التدريجي- الفجائي) وبعد(الزوّر(البارنويا)- اللازور).

- الأول بُعد(التدريجي- الفجائيProcess- Reactive)

مرَّ بنا أن بدايات الإصابة بالفصام تكون متنوعة، فبعض المرضى تكون بداياتها طويلة وتدريجية، فيما تحدث لدى الآخرين بصورة مفاجئة قد تكون بين يوم وليلة، فيتحولون من أفراد أسوياء عاديين إلى آخرين ذهانيين تماماً. وقد أطلق على بُعد التنوع هذا المصطلح (التدريجي- الفجائي Process- Reactive). إذ يطلق على تلك الحالات التي ينمو فيها الفصام بصورة تدريجية (التدريجي Schizophrenia Process) فيما يطلق على تلك الحالات التي تحدث بصورة مفاجئة بسبب أحداث مؤلمة:(الفصام الفجائي(Schizophrenia Reactive).

ويبدو أن لهذا البعد تاريخاً علمياً طويلاً يعود إلى كريبلين وبلولر. حيث اعتقد هذان المنظران أن بداية الإصابة بالذهان تزودنا بإشارات أو معلومات عن أسبابه المرضية. وبما أن الذهانات الحيوية العضوية (Biogenic) تنتج من بعض العمليات الفسيولوجية الشاذة، فإنه يفترض أن تستغرق بداياتها مدة طويلة من الزمن أما الذهانات الوظيفية فإنها تكون ناجمة في العادة عن أحداث أو خبرات صادمة أو مؤلمة، فتحدث بصورة مفاجئة كردود

فعل(Reactions) لهذا الصدمات. وعلى هذا الأساس جرى تصنيف حالات الفصام على وفق هذا البُعد المؤلف من قطبين التدريجي والفجائي.

غير أن الباحثين المعاصرين لم يحبذوا أن يكون هذا البُعد بقطبين منفصلين، وفضلوا أن يكون البعد متصلاً، ليسمحوا بأن تأخذ حالات الفصام نقاطاً على هذا المتصل، تقترب من هذا القطب أو ذاك، فيما فضّل باحثون آخرون تجنب مصطلحي(التدريجي Processوالفجائي Reactive) وفضلوا تصنيف المرضى على أساس بعد بديل آخر هو(التكيف الجيد مقابل التكيف لضعيف أو العاجز الذي يسبق المرض (Good-POOR premorbid Adjustment)أي أنه يقوم على أساس نوعية تكيفيات المرضى الفصاميين قبل بداية دخولهم المرحلة النشطة أو الحادة(Active Phase).

وتفيد الممارسة الفعلية أن هذا البُعد لا يختلف كثيراً في عملية التصنيف عن بعد(التدريجي- الفجائي)(Bootzin & Acocella, ،1984). ولقد توصلت البحوث الحديثة إلى تحديد ستة انواع مختلفة من الفصام على وفق بعد التكيف السابق للمريض(الجيد مقابل الضعيف) تبين منها أن الذكور يصابون بالفصام ويدخلون المصحات العقلية قبل الإناث. وأن الذكور يتعرضون للإصابة بالفصام قبل سن الخامسة والعشرين، فيما تتعرض الإناث للإصابة بالفصام بعد الخامسة والعشرين. وتظهر على الذكور أعراض الإنسحاب الإجتماعي وفقر الكلام والجمود العاطفي والبلادة، واللاأبالية وغيرها من الأعراض الحادة التي تجمعها صفة فقدان شيء معين أو خاصية معينة، فيما تظهر على الإناث صفة وجود شيء معين أو خاصية معينة من قبيل الهلاوس والسلوك الشاذ الغريب.

فضلاً عن ذلك فإن التكيف السابق للمرض لدى الرجال يكون أكثر ضعفاً بالموازنة مع الإناث(Lewine، 1981). وتوحي هذه النتائج ان الرجال والنساء قد يختلفون في تصنيفهم على هذا البعد.فالرجال أكثر ميلاً لأن يقعوا على نقطة قريبة من قطب (التدريجي، Processأو التكيف الضعيف Poor) فيما تميل النساء إلى الإقتراب من بعد (الفجائي Reactiveأو التكيف الجيد Good) الذي يسبق الإصابة بالفصام.

-الثاني:بُعد الزّور-اللازور

استعمل الباحثون بُعد الزّور(البارنويا)- اللازور(اللابارنويا) لخفض التنوع الواسع في أسبا واعراض الفصام، وتصنيف الفصاميين بموجبه إلى مجموعات فرعية. وكان المعيار

المعتمد في هذا التصنيف على أساس هذا البعد هو توافر الأوهام الإضطهادية و/أو أوهام العظمة في وجود الزور(البارانويا) أو عدم وجوده.

وبالرغم من أن بعض الدراسات، وجدت ان هذا البعد يختلف عن بُعد(التدريجي-الفجائي) ومستقلاً عنه(انظر مثلاً:

Zigier, Lahey,2000 و Levine1973,) فإن دراسات اخرى قدمت أدلتها على وجود علاقة بين هذين البعدين. فلقد أشار بص Buss، على سبيل المثال، إن الفصاميين الزوريين، مثل الفصاميين التدريجيين(Reactive) هم(أفضل سلامة ذهنية ، واحسّن أداءً في مختلف المهمات، ولديهم مستوى اعلى من النضج(1966، ص230). وفي ضوء هذة النتائج فقد لا يبدو مدهشاً أن الفصاميين الزوريين كانوا من بين الذين يقضون مدة أقل في المستشفى، وأن عدد الذين يعودون إليه كان اقل، وإن مراجعتهم الأولى للمستشفى تأتي في عمر متأخر نسبياً(Zigierو Levine، 1981).

ولقد نُظر إلى هذا البُعد على انه يمتلك قيمة تشخيصية وأنه ربما يساعد في تطوير نظريات بخصوص الأسباب المرضية للفصام والزّور.

-الأنماط الفرعية للفصام:

منذ أيام(كريبلين)و(بلولر) فقد جرى تصنيف الفصام إلى عدة أنماط أو أنواع فرعية، على اعتبار أن الأعراض التي ذكرناها آنفاً لا توجد جميعها في المريض الواحد. ولا يشترط وجودها جميعاً لتشخيص الفصام . إذ لوحظ أن بعض الأعراض تظهر بشكل بارز في مريض وتنعدم في مريض آخر، بينما تتجمع غيرها في مريض ثالث. ولقد جرى تصنيف المصابين، ليس على انهم مجرد فصاميين ولمن على أنواع منها:-

الفصاميون التخشبيون Catatonic والفصاميين الزّوريون Paranoid وما إلى ذلك، ولقد أفرز هذا التصنيف مشكلات جوهرية على صعيد التشخيص لأنها قائمة أساساً على علامات أو إشارات Signs سلوكية. وانها قد تتغير من أسبوع إلى آخر، فإذا ما ادعى مريض بأنه مرصود من قبل آخرين يريدون الحاق الأذى أو الإيقاع به، وصنّف على انه فصامي زوري Paranoid، فإنه قد يتحول بعد اسبوعين إلى صنف آخر عندما لم يعد يشير إلى الآخرين على انهم أعداء يتحينون الفرصة للإيقاع به وقد تظهر عليه اعراض جديدة بأن يظل مستقراً في مكانه دون حركة، وعندها يعاد تصنيفه مرة أخرى على انه فصامي تخشبي Catatonic.

وبالرغم من هذه الصعوبات، فإن مسألة تصنيف الفصام إلى أنواع أو أنماط فرعية تبقى ذات قيمة جوهرية وأساسية في التشخيص.

وبالرغم من أننا لا نعرف في الوقت الحاضر على وجه اليقين ما إذا كانت الأعراض المرضية للفصام بكل أنواعه المختلفة تنبع من أسباب مختلفة وتستدعي طرائق علاجية مختلفة، فإننا لن نستطيع مطلقاً تحقيق ذلك مالم ندرس مجموعات من المرضى يشتركون في أعراض مرضية متشابهة. وهذا يعني ببساطة تصنيفهم إلى أنماط وانواع فرعية Subtypes.

وبما أن المرشد الطبي النفسي الأميركي(DSM) هو الأكثر استعمالاً في هذا الميدان، فإننا على سنعتمد عليه في تحديد الأنماط الفرعية للفصام.

يحدد هذا المرشد خمسة أنماط فرعية هي: النمط غير المميز (Undifferentiated) وهو صنف متنوع يجمع بين خصائص ومظاهر مختلفة(Miscellaneous) ينضوي تحته أولئك المرضى الذين لا ينطبق عليهم أي صنف من الأصناف الأربعة الأخرى، وينطبق عليهم أكثر من صنف واحد من هذه الأصناف. وبما أن معظم المرضى تظهر عليهم أعراض من أكثر من نمط فرعي واحد، فإن(الفصام غير المميز) يستعمل كثيراً على صعيد التشخيص. أي أن المريض الذي لا يمكن وضعه في أي صنف أو نمط من الأصناف الأربعة الأخرى يجري تشخيصه على انه من نمط (الفصام غير المميز).

ويطلق على التصنيف الثاني (النمط المتبقيResidual) وينضوي تحته المرضى الذين اجتازوا المرحلة النشطة أو الحادة Active، التي ذكرنا أعراضها آنفاً. أما الأصناف الثلاثة الأخرى فتوصف جميعها بأعراض المرحلة النشطة او الحادة في الفصام، وتشمل:الفصام التفككي أو الاختلاليDisorganized، والفصام التخشبي Catatonic، والفصام الزوري Paranoid، وفيما يأتي وصف لهذه الأنواع الثلاثة الأخيرة.

-الفصام التفككي(الهيبفرينيا)

كان المصطلح التقليدي لهذا النوع من الفصام هو(الهيبفرينيا Hebephtenia) المأخوذ أصلاً من مفردة إغريقية هي الاسم الذي يطلق على آلة الشباب. إذ تعنيHebe شباب فيما تعني phtenia العقل. وينسب إليه في العادة المرح او السلوك الطفولي من قبيل القهقهة، وتشكيل الوجه بحركات ضاحكة، واتخاذ وقفات أو جلسات سخيفة أو متغطرسة أو غير

مألوفة. وفي الواقع فإن الفصام التفككي لا يعدو في أعراضه الظاهرة أكثر من تصرفات ولد عادي سخيف بعمر سبع سنوات، يحاول أن يتخلص من والديه.

وطبقاً للمرشد الطبي المشار إليه آنفاً فإن هناك نوعين من الأعراض يتصف بهما الفصام التفككي بشكل جوهري هما:

الأول:عدم الترابط أو التماسك المنطقي في الكلام، ففي هذا النوع من الفصام يظهر استعمالات الكلمات أو (اللغة) الجديدة Neologisms والترابطات التي لا معنى لها، وسلاطة الكلام Word Salad.

والثاني:هو إضطراب الوجدان، الذي يأخذ في العادة شكل القهقهات غير المناسبة، والسخافة Silliness المستمرة.

وبالرغم من أن هذين العرضين قد يحددان أن هذا النمط الفرعي من الفصام، إلا أن معظم الذين يصنّفون تحته قد تظهر عليهم أعراض أخرى من التي سبق ذكرها في أعراض الفصام بشكل عام من بينها:السلوك الحركي الغريب، وإضطرابات الفكر والإدراك بما فيها الأوهام والهلاوس وغالباً ما تتركز حول الجنس والدين والإضطهاد أو الأذى الجسمي، ولكن ليس من ذلك النوع الذي يتركز حول فكرة محددة كما هي الحال بالنسبة إلى تصورات المصابين بالزّور.

فضلاً عن ذلك، فإن معظم الفصاميين من هذا الصنف ينسحبون بشكل حاد من الآخرين ويعيشون في عالم خاص بهم، وقد لا يكترثون مطلقاً بما يحدث من حولهم مهما كانت طبيعته أو شدته.

إن بدايات الإصابة بالفصام التفككي أو الإختلالي تكون بصورة تدريجية وتميل إلى أن تحدث في سن مبكرة نسبياً. وتكون العلاقة المميزة لبدايته هي الإنسحاب إلى(عالم) الخيالات الطفولية والشاذة، وهذا مثال ذكره معالج نفسي عن زوجة تصف فيه ماجرى لزوجها:

(قالت دوريس،زوجة سام، أنها شعرت بالإنزعاج من سلوك زوجها وعزت ذلك في البدء إلى ما يعانيه من ضغوط العمل، إلا أنها تشعر بالقلق عندما حاولت الإقتراب منه غير أنها فشلت في ذلك ولم تعرف ماذا تفعل لتحقيق التواصل معه. وأضافت قائلة: إنني أريد أن أتكلم معه ولكن عندما انظر إليه أجده غير مصغ إليّ. وعندما أتكلم إليه أجده انه لم يسمع ولا كلمة واحدة مما قلت. وعندما استيقظ في منتصف الليل أجده قد غادر الفراش.

ولقد وجدته في إحدى الليالي جالساً على العشب وكان الوقت الساعة الرابعة فجراً، ولم يبد عليه أنه كان عارفاً أين هو وماذا يفعل. كان مضطرباً جداً. غير أنه كان عادياً في اليوم الثاني، لكنه لم يذكر أي شيء بخصوص الليلة الماضية . وبعد ثلاثة أسابيع ألقت الشرطة القبض على سام لأنه كان يسوق سيارته في الساعة الثالثة بعد منتصف الليل بسرعة تجاوزت (120كم) في الساعة، ولما استجوبته الشرطة أجاب بأنه ذاهب في رحلة إلى المريخ.

ولقد تحدث سام إلى أطبائه فيما بعد، (كشف لهم سراً) خاصاً به من أنه (روبن هود). وكان مقتنعاً تماماً بأنه كذلك(NcNeil، 1970).

هذا وقد استبدل مصطلح(hebephrenic) في الأدبيات الصادرة بعد عام2000 إلى(disorganized)والعرض الرئيس فيه هو تفكك أو عدم انتظام في الأفكار والسلوك والإنفعال. ويميل إلى أن تكون بدايته مبكرة، ولا يستجيب، في الغالب، للعلاج (Nolen، 2001).

-الفصام التخشبي

إن العرض المميز في الفصام التخشبي Catatonic هو إضطراب السلوك الحركي. إذ يأخذ هذا الإضطراب في بعض الأحيان شكل الخدر أو الذهول Stupor التخشبي، أو الجمود التام عن الحركة، المصحوب بالصمت عادة، وقد يظل المريض على هذه الحالة لأسابيع. فقد يظل واقفاً ويده على رأسه لمدة طويلة من الزمن. ويطلق على هذه الظاهرة(الوقفة التخشبية، Posturing Catatonic). وقد يظهر بعضهم نوعاً من المرونة الشمعيةWaxy Flexibility، حيث يمكن تحريك الذراعين مثلاً من قبل أحد الأشخاص وجعلهما في وضعية جديدة، ويبقى المريض محافظاً على الوضع الجديد لذراعيه. ومع ذلك فإن أعراض هذا النمط ليست محصورة بإضطراب السلوك الحركي. فالكثير من الفصاميين التخشبيين يتنقلون من حالات الجمود في الحركة إلى حالات من النشاط الحركي الزائد الذي يتضمن احياناً العنف والهيجان، وفي حالات أخرى قد يبدو الفصاميون التخشبيون من خلال الأوضاع التي يتخذونها، وكأنهم مقطوعون تماماً عن الواقع. غير أنهم قد يفعلون ذلك في نوع من الخداع. فهناك مؤشرات تفيد بأن هذا النوع من المرضى قد يكونون عارفين بما يدور من حولهم. ففي سبيل المثال، يظهر الكثير من المرضى الذين يطلق على حالتهم بالتخشبية السلبية Negativism Catatonic، أي أولئك الذين يرفضون

فقط عمل ما يطلب منهم، إنهم يعملون عكس ذلك تماماً. بأنهم يعرفون جيداً طبيعة الطلبات الموجهة إليهم.

-الفصام الزّوري:

يمكن تحديد الخصائص التي يعرف بها الفصام الزّوري، بالأوهام و/او الهلاوس ذات الصلة بأفكار الإضطهاد والعظمة، وإذا وصفناهما بدلالة الاستمرارية. فإن الأوهام الإضهادية للفصام الزوري يمكن أن يكون مداها من شكوك شاذجة وغامضة ومتناقضة، إلى تصورات منتظمة. وكأنها مدروسة بعناية لخطط تآمرية تحاك ضد حامل هذه الأوهام، وفي كل الأحوال، فإنها تكون مصحوبة في العادة بالهلاوس، (سماع أصوات في الليل، أو رؤية وجه يخطف خلف نافذة..) تقوي معتقداته الوهمية. وفي كلتا الحالتين، الأوهام والهلوسة، فإن فكرة الإضطهاد غالباً ما تكون مصحوبة بفكرة العظمة. فالمريض قد يدعي بقوة خارقة، وبالحكمة والعبقرة، وفي حالات متطرفة قد يدعي المريض بأنه توحد في شخص آخر كان يكون نابليون مثل أ، أو المسيح، أو مصلحاً إجتماعياً كان موجوداً أو موعوداً به.

ويبدو أن الفصام الزوري من اكثر انماط الفصام شيوعاً. ففي المسح الذي أجري في عام(1974) وشمل أكثر من ثمانية آلاف فصامي من الراقدين في المستشفيات، تبين أن ما يقرب النصف منهم كانوا قد شخصوا على أنهم مصابون بالزور(البارنويا)(Guggenheim و1974 , Babigian) وبالرغم من ان الحالة الحادة لا تظهر في العادة حتى الخامسة والعشرين من العمر، فإنها تكون مسبوقة في الغالب بسنوات من الشعور بالخوف والشك، الذي يقود إلى علاقات شخصية متوترة أو هشة وهناك صنفان من الإضطرابات لهما علاقة بالفصام الزوري هما: الذهان الارتكاسي القصير(Brtief Reactive Psychosis) والإضطراب الذي يأخذ شكل الفصام(Schizophreniform). وقد ميز (DSM-) بينهما وبين إضطراب الفصام، فإذا كانت الحادثة قد استمرت لأقل من أسبوعين، تبعتها ضغوط قابلة لأن يُقر بها(كالتي تواجه الكثير من الناس من قبيل الخيانة الزوجية مثلاً....) فإنه يطلق عليها الذهان الارتكاسي القصي. أما إذا استمرت الحادثة لأكثر من اسبوعين ولكن لأقل من ستة أشهر مصحوبة أو غير مصحوبة بالآم او صدمات، فإنه يطلق عليها الإضطراب الشبيه بالفصام، أما إذا استمرت الحادثة لأكثر من ستة شهور فإنها تشخص حينئذ على أنها فصام.

ويبدو أن إضطرابات الزور(Paranoid Disorders) هي أكثر أنواع الذهان الوظيفي شيوعاً في مجالي الأدب والفن، فالشخصيات الزورية غالباً ما تتضمنها القصص والروايات، وتصورها الدراما السينمائية والتلفزيونية، وهذا النوع من الذهان هو الأكثر احتمالاً لأن يتضمن العنف ضد الآخرين. ومع ذلك فإن النظام الوهمي (Delusional System) من الفصام الزوري هو ببساطة فقرة واحدة، أو حبة واحدة في عنقود من شذوذات أخرى. جميعها قد تعمل الواحدة فيه بصورة مستقلة عن الأخرى. أما في إضطرابات الزور فإن النظام الوهمي هو الشذوذ الأساس فيه. وطبقاً إلى(-DSM) فإن أعراضها الأساسية هي أوهام إضطهادية مستمرة، وأوهام الغيرة التي تتضمن في الغالب أوهاماً بأن الزوج او المحب لم يعد مخلصاً لصاحبه ، وفي كثير من الحالات فإن مثل هذه الأوهام ليست هي العرض الرئيس فقط. إنما العرض الوحيد، فيما عداها يبدو الشخص عادياً تماماً، وقد تظهر على بعض المرضى بعض الإضطرابات في المزاج، غير أنها ليست سوى نتيجة لنظام الأوهام لديهم (مثال: قد يتملكهم الغضب ضد الناس الغرباء،ليس لأنهم غرباء، ولكن لأنهم يشكون في كونهم يتجسسون عليهم لصالح شخص أو جماعة معينة).ولهذا افترض بأن هؤلاء الأفراد إذا لم تكن لديهم مثل هذه الأعراض، فإنهم أسوياء مثل الآخرين، والكثر من هذا، فإنه مهما ظهرت من أعراض على المصابين بإضطراب الزور، فإنها لا تنضوي تحت تلك الأعراض التي تظهر على الفصاميين من قبيل: الهلاوس، وفقدان الترابط، عدم التماسك المنطقي، وبث الأفكار. واخيراً، فإنه ينظر إلى الأوهام في إضطرابات الزور على انها أقل غرابة من تلك التي تصاحب الفصام الزوري. فالمصاب قد يعتقد بوجود أعداء يتعقبونه، ولكن هؤلاء الأعداء ليسوا قادمين إليه من المريخ مثلاً.

على أنه من الصعب جداً رسم خط فاصل بين إضطرابات الزور، كما أشرنا إليها في أعلاه، وإضطرابات الشخصية الزورية التي تحدثنا عنها في فصل سابق. وطبقاً إلى(-DSM IV) فإن الفرق بينهما هو ان الشخص المصاب بإضطرابات الشخصية الزورية هو، ببساطة، شاذ في شكوكه غير ان شكوكه لا تتخللها أوهام فعلية أو معتقدات خاطئة، والأكثر من هذا فإن شكوك الشخصية الزورية تكون أكثر واقعية من الأوهام الذهانية.فاعتقاد المريض الموجود في عيادة طبية، مثلاً، بأن القهوة المقدمة إليه يمكن أن تكون مسمومة هي بعيدة عن تصور الشخصية الزورية. غير انها قد لا تكون كذلك على الصعيد التطبيقي.

خلاصة

تناول هذا الفصل مجموعتين من الذهان:إضطرابات الفصام، وإضطرابات الزور، وتنضوي تحت اسم الفصام مجموعة من الذهانات التي تتصف بالسلوك الغريب، والإنسحاب الإجتماعي، والإضطراب الحاد في التفكير والإدراك والمزاج والفصام يكاد يكون إضطراباً شائعاً، وقد مرّ المصطلح (الشيزوفرينيا) بتفسيرات وتعديلات.

ومن بين أعراض الفصام فإنه نظر إلى عدم انتظام العمليات الفكرية على أنها العرض الأساس فيه، والدليل على ذلك لغة الفصاميين التي تتصف بالأوهام والمعتقدات الخاطئة وفقدان الترابط.

غير انه جرى موخراً أن عُدَّ إضطراب الفكر على انه يمثل جانباً من جوانب الفصام، وأن انهيار الانتباه الإنتقائي هو السبب الرئيس على ما يرى المعاصرون من الإختصاصيين، وقد تم بحث ذلك بشيء من التفصيل في هذا الفصل.

كما تم استعراض المسار الذي يمر به إضطراب الفصام عبر ثلاث مراحل وخصائص كل مرحلة منها. كما جرى تصنيف الفصام على وفق أبعاد معينة، وتم أيضاً تصنيف المرضى إلى فئات أو أصناف فرعية خمسة.

كما استعرض الفصل نوعاً آخر من أصناف الذهان، هو إضطرابات الزور التي تشبه في أعراضها إضطراب الشخصية الزورية، وتلك التي تختلف عنها، والتمييز بين أعراض هذه الإضطرابات الذهانية الثلاثة.

والمهم أن نعرف أن الفصام يتضمن مجموعة من الأعراض أهمها: الأوهام، الهلاوس، التفكير المضطرب، الجمود الإنفعالي، ويميل البعض إلى تصنيفها في نوعين:

الأعراض السلبية:وتشتمل:

- تلاشي الذات.
- فقدان الاهتمام بالحياة.
- عدم مناسبة الاستجابات للتنبيهات.
- نقص الوجدان أو البرود العاطفي.
- اللامبالاة والانسحاب الاجتماعي(الضحك في موقف محزن مثلاً).

- الأعراض الجانبية: وتتضمن:-
- الأوهام.
- الهلاوس.
- التفكير المضطرب.

والرأي الراجح -على ما نرى- أن الفصام لا ينجم عن سبب واحد بمفرده، إنما في أسباب متعددة:جينية (وراثية)، أسرية، إجتماعية، إقتصادية، ثقافية، ...تعمل بصيغة تفاعلية لتقرح زناد المرض.

-Bleuler, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. (1911).J. Zinkin, tr, New York: International University Press,1950.
-Cohen, B.D. et al. Referent communication disturbunces in acute schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 1974,(1), 1 -13
-Crider, A.B. et al. Psychology. London, scott foresman and company. 1986.
-Cormwell, R.L. and Dokeckl, P. R. Schizophrenic Language: Adisattention interpretion. In S. Rosenberg and J. H. Koplin (eds), Developmental applied psycholinguistics, Reseacrch. New York, Macmillam, 1968.
-Fish, J.F. The classification of schizophrenia. Journal of Mental science, 1957, 103, 443-465.
-Freedman, B. and Chapman, L.J. Early Subjective experience in Schizophrenic episodes..Journal of Abnormal Psychology. 1973, (1), 46-59.
-Johnson, J.E. and Petzel, T.P. Temporal orientation and time setimation in chronic schizophrenic. Journal of Clinical Psychology. 1971,(2), 194-196.
-Kleist, K. Schizophrenic symptoms and cerbral pathology. Journal of Mental science, 1960, 106, 246-254.
-Kleinmuntz, B. & Szucko, J.J. Lie detection in ancient and modern times, American psychologist, 1984, 39, 766-776.
-Kraft, D.P. and Babigain, H. Somatic delusion or Self-mutilation in a schizophrenic woman- American Journal of psychiatry, 1972,(7), 127-129.
-Lahey B.B. Psychology. McGraw-Hill, 2000.
-Moher, B.A. ed. Contribution in the Psychopathology of schizophrenia. New York. Academic press, 1977.
-Nolen-Hoeksema, S. Abnormal Psychology. 2001.
-Ritzler, B. and Rosenham, G. Proprloception in schizophrenics and normals. Journal of Abnormal Psychology, 1974, (2), 106-111.
-Shapiro, D. and Goldstein I. B. Biobenavioral perspectives on bepertension. Journal of Counsulting and Clinical Psychology.1982, 841-858.
-Sheehan, S.Is there no place on earth for mez Boston: Houghton Mifflin,1982.
-Vonnegut, M. The Eden Express. New York: Praeger, 1975.
-Zigler. E. and Levine, J. Age an first hospitalization of Schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology. 1981,90.458-467.
-Weiten, W. Psychology.Mc Graw-Hill, 2004.

الفصل الحادي عشر

المنطلقات النظرية في الفصام

توطئة

استعرضنا في الفصل السابق أعراض الفصام والزّور (البارانويا). ولكننا لم نتطرق إلى الأسباب التي تجعل بعض الأفراد يتصرفون بطرائق غريبة يختلفون بها عن الناس العاديين(الأسوياء) في التفكير والكلام والإدراك والتصور والسلوك الحركي، وما يعتريهم من أوهام وهلاوس، وهو ما سنتناوله في هذا الفصل المكرس إلى تفحص الأسباب المرضية لهذا السلوك.

وبما أن إضطراب الفصام قد نال من البحوث أكثر مما ناله إضطراب الزّور، فإن مناقشتنا ستتركز حول المنطلقات النظرية للفصام.

-مشكلات في دراسة الفصام:

يمكن القول بأن البحث في الفصام مسألة زلقة، لأن مشكلة البحث فيه يكتفها الكثير من الغموض. فما يزال الباحثون لا يعرفون إلى الآن ما إذا كان الفصام اضطراباً واحداً مفرداً أو مجموعة من الإضطرابات . فضلاً عن أن أعراضه كثيرة ومتنوعة، ولا تظهر جميعها في مريض واحد بعينه. وبالرغم من أن الباحثين هاجموا هذه المشكلة في اتجاهات مختلفة، فإنهم لم يصلوا إلى استنتاجات ثابتة إلا في السنوات الأخيرة، وان هذه الإستنتاجات ما تزال قليلة. ولها أسبابها كما سنرى.

ما الذي ينبغي أن يدرس؟

إن المشكلة التي رافقت إضطراب الفصام، وما تزال قائمة، تتعلق أساساً بعدم الاتفاق على التشخيص. فما هو سائد بين الباحثين هو أن كل باحث يتعلم من الآخر، وأنه ينطلق في بحثه من النتائج التي توصل إليها من سبقه. غير أن هذا لم يحصل دائماً في دراسة الفصام

ففي عدد من الدراسات التي أجريت في الستينيات من القرن الماضي(انظر مثلاً Beck وآخرين، 1962، Sandife وآخرون1964) فإن نسبة الاتفاق بين الإختصاصيين في التشخيص العام للفصام تراوحت بين 53٪ إلى 74٪ فقط. ويزداد الأمر سوءاً عندما يكون التشخيص أكثر دقة، بتحديد أصناف الفصام الفرعية(Subcategory). إذ تنخفض نسبة الإتفاق بين الإختصاصيين إلى ما بين 35٪ و50٪. ففي تجربة أجراها(Cooper وآخرون، 1972) على

مجموعتين من المعالجين النفسانيين الأولى في نيويورك والثانية في لندن، عرض عليهم أشرطة فيلمية(فيديوتيب) لمقابلات بين أطباء ومرضى، وطلب إلى المعالجين النفسانيين الأميركان والإنكليز تشخيص حالات هؤلاء المرضى على أساس ما شاهدوه على هذه الأشرطة. وكانت النتيجة أن المعالجين النفسانيين في لندن شخصوا إضطرابات الفصام والاضطرابات الوجدانية بتكرارات متساوية تقريباً. أما المعالجون النفسانيون في نيويورك فقد شخصوا إضطراب الفصام بتسعة أضعاف حالات الإضطرابات الوجدانية. وكان هناك عدم اتفاق بين الإختصاصيين في البلدين حول الاختلاف بين هذين الإضطرابين، الفصام والإضطرابات الوجدانية، ويعزو الباحثون هذه الاختلافات في النتائج إلى المعايير غير الحضارية في توكيداتها المتباينة التي تضعها وتصف بها إضطرابات الفكر والمزاج. ففي التجربة السابقة يبدو منها أن المعالجين النفسانيين الأميركان نظروا إلى إضطرابات الفكر على أنها العرض الأساس والجوهري. بينما اعطى المعالجون النفسانيون البريطانيون وزناً أكبر إلى إضطرابات المزاج. ولقد قدم ستفنس(Stephens ، 1978). تفسيراً حاذقاً بقوله: إن النزعة أو الاتجاه لدى الأميركي يميل إلى تشخيص كل الذهانات غير العضوية على انها فصام. ومهما يكن السبب فإن هناك اختلافات وعدم اتفاق واضح عبر الحضارات فيما يخص هذا الصنف من الإضطرابات وبالرغم من ذلك فهناك اتفاق على(جوهر Core)أعراض هذا الإضطراب، إذ تفيد الأدلة الحديثة على أن الفصام يحدث في العالم كله بنسب متقاربة تقريباً وأن التباينات غير الحضارية راجعة أساساً إلى الاختلافات في أساليب التشخيص (Carpanter وآخرون، 1973).

ويجب أن يبقى في الذهن أنه ما دام لا توجد هناك اختبارات تجريبية للفصام، فإن الإتفاق على التشخيص يبقى مسألة بعيدة المنال، فالمعايير التشخيصية ما تزال متباينة من قطر إلى آخر، والمشكلة الأكثر خطورة في الوقت الحاضر تكمن في عدم الاتفاق على الأسباب المرضية للفصام، فالجدل ما يزال محتدماً بخصوص السبب والنتيجة فهل الإنسحاب الإجتماعي- على سبيل المثال هو السبب الأساس في حدوث الفصام، كما يرى بعض المنظرين، أم أن إنسحاب الفصاميين ناجم، ببساطة عن الإضطرابات في التفكير التي تجعل من الصعوبة عليهم التواصل مع الآخرين؟ وهل الأوهام هي العرض الرئيس أم أنها مجرد اسلوب وطريقة يعتمدها الفصامي في تفسير التشوش والاختلاطات الفكرية.

إن الإجابة على مثل هذه التسؤالات تشكل مسالة حاسمة في بحوث الفصام، وإلى ان نعرف أساسيات هذا الإضطراب،فإن الفرصة تبقى ضعيفة في الكشف عن أسبابه. ويمكن تحديد المشكلات التي تواجه دراسة الفصام، بأربعة أنواع أساسية.

أ-مشكلة التجريب:-

إن الإجراء العلمي الشائع في تحديد التأثير أو النتيجةeffect لظرف أو حالة معينة هو اعتماد تصميم المجموعات العشوائية، وأبسط طريقة في هذا الإجراء هي تحديد مجموعتين عشوائيتين من المفحوصين، إحداهما تجريبية يتم تعريضها إلى ظرف تجريبي معين، والأخرى ضابطة لا تتعرض لذلك الظرف التجريبي. ثم نقارن النتائج لتحديد الأثر effectالذي أحدثه الظرف التجريبي.

ولأسباب واضحة، فإنه ليس بالإمكان استعمال هذه الطريقة في البحث عن الأسباب المرضيةetiology للفصام، فليس بالمستطاع بطبيعة الحال، اختيار مجموعة من الناس، عشوائياً، ليكونوا فصاميين، كما انه لا يمكن تعريضهم إلى ظروف تجريبية لأحداث الفصام فيهم. وليس في ذلك حق بتعريض أي إنسان لظرف تجريبي من هذا القبيل. وهذا يعني أن البديل الوحيد المتوافر أمام الباحثين هو مقارنة مجموعات من الناس المصابين بالفصام فعلاً مع مجموعات من الأفراد العاديين أو الأسوياء. بغض النظر عن متغيرات كثيرة من قبيل الخلفية الإجتماعية الإقتصادية والتحصيل الدراسي وما إلى ذلك. وأوضح أن هذه الطريقة تثير مشكلتين في صعوبة التحديد الواضح في أيهما هو السبب وأيهما هو النتيجة في هذه العلاقة.

ب-مشكلة البيضة أم الدجاجة

أوضحنا فيما سبق حقيقة أن ارتباط متغيرين ببعضهما لا يعني أن أحدهما هو السبب والآخر هو النتيجة. وهذه المشكلة التي يمكن أن نطلق عليها مشكلة البيضة أم الدجاجة تنطبق على الفصام. تأمل ذلك الإفتراض القائل بوجود علاقة بين الخلفية الإجتماعية الإقتصادية والفصام، فمن جهة يمكن أن تسهم صعوبة الحياة في الطبقة الإجتماعية الإقتصادية الدنيا في تطور الفصام، ومن جهة ثانية أن السبب قد يكون في أن تكيف الفصاميين للحياة يكون ضعيفاً مما يجذبهم نحو الطبقة الإجتماعية الإقتصادية الدنيا. وهذا يعني أننا ما نزال لا نمتلك إشارة أو تلميحاً يبين لنا اتجاه العلاقة السببية بين هذين المتغيرين.

ج-مشكلة المتغير الثالث:

بالرغم من اننا لا نعرف فيما إذا كانت هناك علاقة سببية بين متغيرين ارتباطيين، فإن هناك احتمالاً آخر من ان كلا المتغيرين هما نتيجة سبب آخر غير محدد، يمكن ان نطلق عليه، المتغير الثالث. فقد يبدو مقنعاً أن المستوى الإجتماعي الإقتصادي الواطئ والفصام هما نتيجة متغير عضوي غير معروف. وبالمثل فإن الإرتباط القائم بين سوء التكيف النفسي والفصام قد لا تجمع بينهما علاقة سببية واضحة، ما دام كلا العاملين يمكن ان يكونا ناتجين عن ضغوط نفسية أو خلل بايولوجي.

د-مشكلة التوقعات

هناك حقيقة معروفة من ان توقعات الباحثين ومساعديهم يمكن أن تؤثر في نتائج بحوثهم(Rosenthal، 1967) وتأثير التوقعات تشكل صعوبة في السيطرة على الدراسات الهادفة إلى قياس فاعلية أساليب العلاج المختلفة. فضلاً عن ان المرضى أنفسهم يستجيبون على وفق ما يتوقعه الباحثون والأطباء الذين يعالجونهم.

المنطلقات النظرية في الفصام

هنالك ثلاث مدارس فكرية أساسية تناولت الأسباب المرضية etiology للفصام، الأولى تعزو الأسباب إلى ضغوط بيئية، والثانية تعزوها إلى شذوذ في الانتقال الوراثي، فيما تعزوها الثالثة إلى تفاعل بين هاتين القوتين، وسنناقش وجهات النظر هذه على التوالي، مبتدئين بالنظريات البيئية.

-المنظور النفسي الدينامي

الفصام كنكوص:

مع ان فرويد كان قد انشغل أساساً بالقلق وإضطرابات التفكك والإضطرابات الجسمية النفسية، فإنه كتب في الكثير من انواع الذهان، ووكانت الفكرة الأكثر تأثيراً التي قدمها فرويد بخصوص الفصام تتمثل في أنه نظر إلى هذا الإضطراب على أنه حالة أو شكل من أشكال النكوص، إذ يرى أن الناس الفصاميين هم أولئك الذين يكون الأنا(ego) عندهم ليس قوياً بما يكفي لأن يتعامل بفاعلية مع دوافع الهو(id) غير المقبولة، ولأن القلق يكون قد استحوذ عليهم، فإنهم يتخلون عن المجابهة وينكصون إلى المرحلة الفموية المبكرة، حيث لا يكون في تلك الفترة إنفصال بين (الأنا) و(الهو). وبالتبعية فإنه لا يكون هناك صراع أو كفاح بينهما. وهذا النكوص إلى المرحلة التي ينعدم فيها(الأنا) هو

الذي يفسر لنا إنفصال الفصامي عن الواقع.لأن (الأنا) هو الذي يتوسط بين الذات والواقع، وما دام الفصامي لا يمتلك(أنا ego) فإنه يفتقد إلى الوسيط بينه وبين واقعه الخارجي وينقطع الإتصال به.

ويبدو أن هذا النكوص المدفوع بالقلق النفسي، ما يزال يشكل الفكرة الأساسية في كتابات المنظور النفسي الديناميPsychodynamic بخصوص الفصام. ومع ذلك فإن المنظرين الجدد من هذا الإتجاه شددوا على دور العوامل الشخصية المتبادلةinterpersonal بشكل أكثر قوة مما كان قد فعله فرويد.

ويعد سوليفان (Sullivom، 1962) مثالاً جيداً على ذلك، حيث خصص الكثير من كتاباته النظرية لموضوع الفصام، وطبقاً لما يراه سوليفان فإن سبب قلق الفصامي هو ليس دوافع (الهو) وإنما راجع إلى ما أصاب علاقة الطفل بأمه من ضرر أو أذى، ويرى سوليفان، وكثير من المنظرين الذين جاءوا بعد فرويد، إن الفصام يمثل إنسحاباً تدريجياً من الناس الآخرين وأن هذه العملية تبدأ من الطفولة المبكرة، حيث يكون هناك تفاعل مصحوب بالقلق والعداء بين الطفل ووالديه.

وبسبب عدم وجود علاقة مودّة بينه والآخرين، فإنه يهرب إلى عالم خاص به من الخيالات. وهذا يضعه في دائرة مغلقة.فكلما زاد إنسحاب الطفل كلما قلت فرصته في تأسيس علاقات وثيقة بالآخرين قائمة على الثقة وتطوير المهارات الضرورية للإتصال بالواقع، مما يقود بالتالي إلى المزيد من القلق. وعندما يستمر الطفل في هذه الدائرة فإنه يواجه في مرحلة الرشد المبكرة أوضاعاً جديدة من المتطلبات الإجتماعية المتمثلة بالعمل والزواج وما إلى ذلك. ويصبح الفرد مغموراً بالقلق في مواجهة هذه التحديات. فينتهي به الأمر إلى الإنسحاب التام، وتتعطل لديه كل إمكاناته العقلية المتعلقة بالإتصال والإدراك والتفكير المنطقي. التي تشكل جسور الإتصال بالآخرين والواقع الخارجي.

إن هذه المرحلة الأخيرة من الإنسحاب التام هي ما نسميه بالفصام الناتج أساساً من التراكم التدريجي للإنفصال عن العلاقات الإنسانية.

-التحليل النفسي للفصام

اعترف فرويد نفسه بأن التحليل النفسي لم يقدم الكثير بخصوص الفصام لأنه انشغل أساساً بالعصاب. وأشار في مناسبات قليلة إلى منشأ الفصام مستعملاً بعض مفاهيم التحليل النفسي التي طبقها على جميع الإضطرابات الشخصية، وكما أشرنا في أعلاه، فإن

فكرته الأساسية عن الفصام، انه حالة نكوص إلى المرحلة الفمية النرجسية حيث لا يتمايز فيها (الأنا) عن(الهو) فيفقد الفرد الإتصال بالواقع.

والواقع أن سوليفان يعد الزائد في العلاج النفسي الدينامي للفصام، وهو يختلف في منظوره عن التحليل النفسي التقليدي، إذ يرى بأن التغلب على إنفصال المريض عن واقعه يتطلب أن تكون هناك علاقة بين الطبيب والمريض قائمة على الدفء والمودة. وأن يقوم المعالج بدور فاعل ونشط يساعد المريض الفصامي على حل مشكلاته العملية، وأن يشعره بالتقدير لكي يخرجه من حالة الإنسحاب وإعادته إلى العالم الواقعي.

-نظريات الأسرة

هنالك اتفاق عام حول أن الأسرة لها الدور الأكبر في التطور النفسي الإجتماعي للفرد، بالمقارنة مع اي عنصر آخر في المجتمع، وقد يبدو الأمر منطقياً هنا عندما نقول بأن أسباب الفصام تعود إلى عوامل نفسية، وان الأسرة يمكن أن تكون هي السبب الأول. وكما رأينا فإن سوليفان يحمّل الأسرة المسؤولية الكبرى، يشاركه في ذلك منظرون آخرون من تيارات مختلفة.

وربما يُثار التساؤل هنا بالشكل الآتي: هل هناك نمط معين من الأسرة تنشأ فيها حالات من الفصام؟

ينظر الكثير من المنظرين إلى العلاقات الأسرية، لا سيما العلاقة بين الأم وابنها، على أنها حاسمة في تطور الفصام، وقد سادت نظرة عامة بين أغلب المنظرين اتخذت مصطلح (الأم المورّثة للفصام Mother Schizophrenngenic (Davison وNeale 1982). وافترض في هذا الأم انها تتصف بالبرودة والسيطرة، وأنها كانت قد عاشت في أسرة تتصف بالصراع بين الوالدين، كما أن هذا النوع من الأمهات يتصف بالرفض Rejecting، والحماية الزائدة Overprotecting، والتضحية بالذاتSelf-Sacrificing، وغير متفتحة أو متقبلة لمشاعر الآخرين، وصارمة ومتزمتة بخصوص الجنس، وممتلئة خوفاً من الألفة والصداقات الحميمة Intmacy.

كما ان الأب يكون في الوقت نفسه مخطئاً، في كونه يتخذ موقفاً سلبياً من هذه العلاقة بين الأم والطفل ولا يتدخل في تصحيحها. ويرى عدد من الباحثين (Caputo، 1968 مثلاً). ان الآباء مسؤولون مسؤولية الأمهات من حيث الجو العدائي والعدواني في البيت الذي يبدو أنه يسود الكثير من الأسر التي تظهر فيها حالات الفصام، ويرى لدز

(Lidz، 1973).أن عدداً كبيراً من الأطفال الفصاميين يأتون من أسر يمكن وضعها في صنفين، الأول (الأسرة المنشقة

Family Schismatic) حيث الصراعات فيها بين الوالدين تشق الأسرة وتقسمها على جبهات.

والثاني:(الأسرة المتخالفة Skewed family) التي تكون هادئة إلى حد ما، غير أن أحد الوالدين فيها يكون مسيطراً عليه بشكل تام من قبل الواحد الآخر، وفي كلا هذين النمطين من الأسر يتعرض الطفل إلى موقف يشعر فيه بعدم الإحساس بالأمان وضعف الشعور بقيمة ذاته Self-worth. فضلاً عن ذلك، فإن دور النمذجة يصبح مشكلة معقدة وبخاصة في نمط الأسرة المنشقة. فإذا ما توحد الطفل بأحد والديه فإن ذلك يسبب له عداءً كبيراً من الوالد الآخر.

ويطرح باحثون آخرون مسألة أخرى يطلقون عليها(الإتصال المزدوج القيد أو الرابطة Douple-Bind Comunictation (Bateson، 1956)يرون فيها انها قد تشكل سبباً قوياً في نشوء الفصام، ففي هذا الموقف المزدوج القيد تصدر الأمُ إلى طفلها رسائل أو طلبات متناقضة تتضمن، على سبيل المثال، قبول الطفل والعطف عليه، والرفض له أيضاً. ولا تسمح له في الوقت نفسه أن يعبر أو يفصح عن رأيه ومشاعره بخصوص من هذا التناقض. ويفترض باتيسون وزملاؤه أن نمط الأم هذا يمثل حالة من الإتصال المزدوج القيد. حيث تجد الأم فيه انه يجعلها قريبة من طفلها الذي لا يطاق، غير انها تجد أيضاً أنها لا تطيق الإعتراف إلى نفسها بخطأ هذه الطريقة من الإتصال مع طفلها، وهكذا فإنها تدفع بالطفل بعيداً عنها، وعندما ينسحب الطفل فإنها تتهمه في أنه لا يحبها(Lahey ،2000).

غير أنه بالرغم من وجود امثلة كثيرة عن الإتصال المزدوج القيد، فإنه توجد بينات قليلة بخصوص دور هذا النوع من الإتصال في أسباب نشوء الفصام ولأجل التحقق من ذلك فقد جرى التركيز في السنوات الأخيرة على مدى من الإتصال الذي يشمل افراد الأسرة بكاملها، ولا يقتصر على الإتصال بين الأم والطفل. وصار معروفاً الآن من أن أسر الفصاميين تميل إلى أن يسود افرادها انماط متباينة ومتعارضة من الإتصال فيما بين افرادها(Wynne وآخرون، 1975) فالتبادل اللفظي بينهم يمكن وصفه بالضبابية واللاوضوح والتشوش أو(اللخبطة)، والغموض والإبهام والتشظيFragmented أو عدم الإكتمال (Fridman, Friedman 1970، Hassan، 1974 Lewis وآخرون 1981، 2004، Weiten).

غير ان باحثين آخرين شككوا بوجود علاقة سببية بين الإتصال اللفظي بالشكل الموصوف في أعلاه وبين الفصام، وأشاروا إلى انه حتى على افتراض وجود مثل هذه العلاقة السببية بين هذين العاملين فإننا نصطدم بمشكلة البيضة أم الدجاجة. ذلك أنه إذا كان الاتصال الأسري المضطرب قد غذي أو عزز الإضطراب لدى الطفل، فإن الإحتمال قائم ايضاً في أن يكون إضطراب الطفل نفسه قد سبب هذا الإتصال المضطرب(Mishier, 1968 , Waxler).

وهناك مشكلة أخرى إضافية. فإذا كان الوضع الأسري بكاملة ذا اهمية بالغة في نشوء الفصام، فلماذا يظهر في هذه الأسرة طفل فصامي ويظهر فيها أيضاً طفل سوّي طبيعي؟ ولقد حلّ الباحثون هذه الإشكالية بافتراض مقاده أن الطفل الذي يصيبه الفصام في هذه الأسرة. هو ذلك الذي ينتقي من بين إخوته ليكون(الطفل المحوري) بسبب ضعفه أو قلة ذكائه. أو ذلك الذي يكون سهل الإنجراح والعطب (Mosher، وآخرون 1971). غير ان الباحثين ما يزالون غير متأكدين تماماً من هذه المسألة.فالدراسات الأسرية عن الفصاميين تواجه صعوبة كبيرة في إجرائها وتفسيراتها بسبب عدم القدرة في انسيطرة المستمرة على المتغيرات. فضلاً عن مشكلات أخلاقية تتعلق بالخصوصيات الأسرية، وواضح أن هذه الصعوبات في البحث، ليست لصالح نظريات الأسرة التي اثارت حماسة الباحثين في أواخر الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي والتي قلت شعبيتها في الوقت الحاضر(2001، Nolen).

ومع ذلك فإن الباحثين المعاصرين لا ينفون فكرة أن تكون الأسرة سبباً في نشوء الفصام، ولكن ليس بالصيغة التي تنظر إلى الأسرة على انها السبب الوحيد الذي يقدح زناد الفصام، بل ينظرون إليها على أن الجو الإنفعالي للأسرة يمكن أن يؤثر في نشوءالفصام لدى ذلك الطفل الذي يملك استعداداً للإصابة بهذا الإضطراب (2003، Helgin & Whitbourne).

-المنظور السلوكي

هناك مبدآن مركزيان في المنظور السلوكي للفصام الأول، أنه يوجد تنوع كبير في المتغيرات المسببة للسلوك البشري، فبالرغم من أن بعض الناس غالباً ما يواجهون درجات متباينة من الإثارة النفسية، والمعلومات المتدفقة بغزارة، واضطرابات فكرية، فإنه ما من أحد تواجهه مثل هذه المشكلات بصورة مستمرة وثابتة (Liberman، 1982). فكل واحد

تمر عليه لحظات من الكدر، ولكنها تتباين في حدتها، فأحياناً تكون حادة، وأخرى تكون خفيفة. والمبدأ الثاني يتمثل في أن التفاعل بين سلوك الفرد وبيئته يؤثر في تطور ومسار الإضطراب، وأن تأثير الضغوط البيئية يتوقف على مدى كفاءة أو قدرة الفرد وضعفه أو عجزه، فالشخص الذي يكون مهدداً بأعراض الفصام هو ذلك الذي تنخفض كفاءته في التصرف بفاعلية في عدد من الميادين الحياتية المهمة، وأن هدف التوجه السلوكي هو زيادة قدرات الفرد وتعزيز كفاءته الوظيفية وليس بتقديم علاج لإضطراب محدد.

-قلة الانتباه المتعلم

إن التفسير الأكثر شيوعاً للفصام في المنظور السلوكي التقليدي، هو الذي قدمه أولمان وكراسنر(Krasner, Ullmon1975,). فهما ينظران إلى الفصام على أنه سلوك متعلم يتضمن مشكلات إنتباهية. فالفصاميون هم، ببساطة، أولئك الأفراد الذين لم يتعلموا كيف يستجيبون من خلال التعزيز إلى التنبيهات الإجتماعية بنفس الطريقة التي تستجيب غالبيتنا لها، بسبب حياتهم الأسرية المضطربة او أية أسباب بيئية أخرى، أو أنهم ربما كانوا قد تعرضوا إلى نماذج تستجيب للتنبيهات الإجتماعية بطريقة تختلف عن إستجابات غالبية الناس، فتعلموا ذلك منهم، ونتيجة لذلك فإنهم يميلون إلى أن يصبحوا موضوعات لأفعال إنضباطية صارمة، ورفض إجتماعي تؤدي بالتالي إلى مشاعر إضافية من الإغترابAlination واعتقاد يتولد لديهم بأنهم أصبحوا(خارج) الجماعة، وعندها يصبح سلوكهم أكثر شذوذاً وغرابة. وعندما يكافئون او تتعزز لديهم هذه الإستجابات الغريبة، من خلال الانتباه إليهم والتعاطف معهم وتحريرهم من المسؤولية، وهذا مايحصل عادة، فإن إستجاباتهم الشاذة هذه تميل إلى أن تصبح تعودية(Habitual).

وهناك بعض الإسناد لهذه الإفتراضات. فقد تبين، على سبيل المثال، أن السلوك غير العقلاني(crazy) لدى الفصاميين يمكن إحداثه بنفس السلوك المتعلم لدى الناس الأسوياء عندما يتعرضون إلى مواقف تقدم فيها مكافآت على إستجابات معينة.

كما أنه وجد ان الفصاميين قادرون على إظهار انطباعات جيدة (Good Look) وأخرى غير جيدة (Look Bad) تبعاً لمتطلبات الموقف الذي يتعرضون إليه، ومع أن هناك اعترافاً بحقيقة أن سلوك الفصاميين يمكن تغييره من خلال التعزيز، إلا أن الإسناد العلمي ما يزال

ضعيفاً بخصوص الفكرة القائلة بان التباين في التعزيز يسبب الفصام. فمعظم السلوكيين يتوسلون بنظرية التعلم للإفادة منها في علاج الفصام وليس في البحث عن أسبابه المرضية (2000 Santrock).

-إعادة تعلم السلوك السوي

مهما يكن جذر سبب السلوك الفصامي، فإن ما يحصل للفرد الذي يصاب بالفصام، إن التعزيزات التي كان قد تلقاها في مجرى حياته حدثت. وربما بشكل غير مقصود لتلك الإستجابات الشاذة غير العقلانية (crazy). ولم يحصل على تعزيزات لإستجاباته التكيفية. فإذا كانت الحالة كذلك، فإنه يجب قلب نمط ذلك التعزيز الذي يؤدي بالتالي إلى تحسين إستجاباته. وهذا هو هدف استراتيجيات العلاج السلوكي في السنوات الأخيرة.

-التعزيز المباشر

يعتمد الكثير من المعالجين السلوكيين على التطبيقات المباشرة لمبادئ الإشراط الإجرائي. فهم يحاولون تغيير السلوك من خلال نتائج هذا السلوك، حيث لا يحدث الانتباه الإجتماعي لتلك الإستجابات السلوكية غيرر المناسبة التي يقدمها المريض. فيما يتم الانتباه الإجتماعي، المصحوب بتقديم السكائر مثلاً، لتلك الإستجابات السلوكية المناسبة التي يقدمها المريض في حضور الآخرين.

-أسلوب التعامل بالعملات الرمزية

استعمل بعض المعالجين مع المرضى الراقدين في المستشفيات أسلوب التعامل بالعملات الرمزية(الماركات) Token Economy. وهو إجراء يستعمل في تعديل السلوك قائم على مبادئ الإشراط الإجرائي، حيث يُعطى المرضى مكافآت رمزية للسلوك المرغوب فيه إجتماعياً. وهذه المكافآت أو العملات الرمزية يمكن تغييرها على وفق مدى المكافآت التي يختارها كل مريض. إذ يمنح المريض عملة رمزية Token أو نقاط أو أي نوع من التعزيزات الشرطية التعميميةGeneralized كبديل أومكافأة على حث وتعزيز سلوك معين مقبول. من قبيل تنظيف غرفته وتزينها بالورود أو تدريبه على مهنة أو حرفة (نجارة، حدادة، رسم.....). يحبها ويستطيع المريض أن يشتري بالعملات الرمزية التي يجمعها أشياء يرغب فيها مثل: السجائر ، القهوة، ملابس جديدة، وأشياء أخرى يحتاج إليها.

-التدريب على المهارة الإجتماعية

رأينا أن معظم الفصاميين يكونون غير كفوئين أو(سخفاء) في تصرفاتهم الإجتماعية، فهم يتجنبون من ينظر إليهم يتكلمون قليلاً مع الآخرين، ويظهرون إنفعالات ليس لها علاقة بالموقف الذي هم فيه، وما إلى ذلك. وغني عن القول أن هذا العجز أو العوق الإجتماعي يسبب صعوبات كبيرة لهم وللأطباء الذين يحاولون إعادة تكيفهم أثناء مكوثهم في المستشفى، من خلال تمكينهم من إقامة علاقات صداقة مع الآخرين، أو القيام بعمل أو حرفة مفيدة، وأشياء ومهارات أخرى ترتبط بالمتعة والفائدة.

ولتمكين المرضى من تخطي هذه الصعوبات، فقد عمد المعالجون السلوكيون إلى وضع برامج سلوكية تتضمن التدريب على مهارات إجتماعية، يتم فيها تعليمهم مهارة التحدث والنقاش مع الآخرين والإتصال البصري، والوقفة أو الجلسة الجسمية المناسبة والإبتسامة، وكل ما يجعل الآخر جذاباً للآخرين (Bellck وآخرون، 1976).

وعلى الجانب الآخر من هذه الحالة، هناك مرضى قادرون على الإتصال بالآخرين، غير أ ن أساليب اتصالاتهم هذه تكون خاطئة، فقد ذكر ولاش Wallach(1973) حالة شاب فصامي(22سنة) أدخل إلى المستشفى وكان تاريخه السلوكي يتضمن أحداثاً مؤذية من بينها أنه أطلق النار على أخته، وهشم الكثير من أدوات البيت وأثاثه..وكان يعتدي بعنف على المرضى الآخرين في المستشفى. ولقد وضع له برنامج للتدريب الإجتماعي تضمن لعب الدور Playing Role، جرى فيه تعليمه على أن يستجيب بكفاءة للمواقف المحبطة، بتدريبه على استعمال إستجابات لفظية مناسبة بدلاً من العدوان البدني الذي كان قد اعتاد عليه، وغالباً ما كان يتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية تدريباً إدراكياً شمولياً لحل المشكلات، فقد تضمن أحد برامج المهارات الإجتماعية الذي جرى تطويره في كاليفورنيا، على سبيل المثال، لعب الدور في مائتي حالة أو موقف من الإتصال الشخصي، صممت لمساعدة المرضى لأن يتصرفوا بفعالية مع أفراد أسرهم وأصدقائهم ومع الناس الموجودين داخل المستشفى فضلاً عن مجموعات من الناس العاديين(Wallach وآخرين، 1982,Libr man, 1980,).كما تضمنت البرامج المخصصة لهذا الغرض مهارات معرفية، وحل مشكلات إجتماعية متنوعة بأسلوب النمذجةModeling والتغذية الراجعة الإيجابية.

ولابد من طرح هذا السؤال: ما مدى فاعلية هذه الطرائق في العلاج السلوكي؟ إن أفضل اختيار جرى تصميمه للتحقق من فائدة هذا العلاج السلوكي للفصاميين هو العمل

الذي قام به جوردونGordon ومعاونوه، فعلى مدى خمس سنوات قضوها في معالجة فصاميين مزمنين، تم فيها قياس فاعلية العلاج السلوكي في ثلاثة ظروف علاجية مختلفة.

1 .برنامج سلوكي تضمن استعمال العملات الرمزية
Token Economy مقترناً بعلاجات سلوكية فردية.

2.برنامج علاجي بيئي قائم على مبادئ إنسانية.

3.البرنامج التقليدي في العالج الذي يعتمده المستشفى.

فقد أثبت البرنامج السلوكي فاعلية أكثر في خفض السلوك الغريب والشاذ، والسلوك الذي يتصف بالعنف والإعتداء على الآخرين، وزاد في السلوك التكيفي أيضاً(Paul 1977).

وكما توحي هذه الدراسة فإن البرنامج السلوكي يهدف أساساً إلى مساعدة المصاب بالفصام وليس شفاؤه بالمعنى الطبي لكلمة(شفاء). والسلوكيون يسعون أيضاً إلى مساعدة الفصاميين لأن يعيشوا بسعادة، ويحققوا فائدة أكبر في حياتهم، سواء داخل المستشفى، أو في أوضاع إجتماعية أخرى مناسبة، ولأن السلوكيين دقيقون في توصيفهم للأهداف التي يسعون إلى تحقيقها فإنهم قد يقدمون مساهمة كبيرة جداً في علاج الفصام.

-المنظور الإنساني-الوجودي

يميل الكتاب الإنسانيون والوجوديون إلى توجيه إنتباههم إلى الإضطرابات العصابية (Neurotic) أساساً. ومع ذلك فقد جرت محاولات قليلة لتطبيق النموذج الإنساني- الوجودي على مشكلة الفصام ، ولعل أبرز الكتاب الذين قدموا مساهمة كبيرة في هذا الميدان هو المعالج النفسي البريطاني لانجLaing الذي عرضنا نظريته في فصل سابق من هذا الكتاب.

كانت المساهمة الأصلية التي تقدم بها "لانج" تتمثل في تحديه للمعايير التي يعتمدها الناس في وصفهم للأفراد المصابين بالفصام. فهو يرى أن الفصام ما هو إلا إستراتيجية سلوكية يتخذها الفرد المصاب به كوسيلة للهرب من واقع لا يمكن العيش فيه(صالح ، 1987، ص 319). بل إنه مضى إلى القول بأن الفرد الفصامي ربما يكون أكثر عقلانية من المعالج النفساني(Laing، 1964). وهو يتفق مع وجهة النظر الوجودية الراديكالية التي ترى الحالة(العاديةNormal) للعقل في المجتمعات الصناعية هي الإغترابAlienation، حيث يكبت أو يقمع فيها الأفراد مشاعرهم الحقيقية ويتصرفون بذات زائفة False selfويكونون أشبه بالإنسان الآلي المبرمج الذي ينفذ أهدافاً سطحية وهامشية، ويطيعون أو يسايرون المعايير والقيم المشوهة. في واقع كهذا، فإن الفصاميين، وبسبب الضغط النفسي

الحاد، يجدون أنفسهم غير قادرين على الإستمرار في هذا الواقع الذي يبدو فيه الجميع وكأنهم في حفلة تنكرية، ولأنهم لا يطيقون ليس هذا القناع التنكري(أي الذات المزيفة) فإنهم يسعون إلى إعادة ذاتهم الحقيقية. وعلى هذا فإن الفصام ليست حالة من الجنون، بقدر ماهي رحلة فوق العقلانية (Hypersanity) من واقع مجنون إلى واقع آخر في البحث الوجودي عن الهوية الأصلية.

-الحركة المضادة للعلاج النفسي

في عام 1966 طرح شيفScheff إفتراضاً جديداً مفاده أن الإضطراب ماهو إلا دور إجتماعي تم تعلمهrole Learned social . وقد عرف هذا الموقف أيضاً بنظرية الدلالة أو العنونة أو النعت(Labeling Theory). وهو موقف لا يهتم اساساً بالأسباب المرضية للإضطراب، ويقف بالضد من الإفتراضات التي يطرحها العلاج النفسي التقليدي بشأن الفصاموأطلق على هذا الموقف أيضاً:الحركة المضادة للعلاج النفسي Antipsychiatric movment، ضمَّ مجموعة من المنظرين بينهم Szasz الذي جادل بقوله إن ما يصفه الناس بحالة الجنون أو إنعدام العقل(insanity) هو ببساطة، اسم أو صفة أو عنوان فبركه المجتمع بغرض تبرير استغلاله لذلك الشخص الذي يضفي عليه تلك الصفة أو العنوان أو الدلالة. وطبقاً لهؤلاء المنظرين فإنهم يصفون المعالجين النفسانيين بانهم ليسوا أكثر من مجموعة صغيرة من جهاز الشرطة في المجتمع، يفرضون بالقوة الإذعان للمعايير الإجتماعية، ويحجزون في المستشفيات العقلية أولئك الإفراد الذين يخرجون على تقاليد المجتمع ومعاييره.

ويرى "شيف" أن العامل الحاسم في الفصام هو فعل العنوان أو الاسم أو الدلالة التشخيصية التي يوصف بها الفرد، وإن هذه الحالة يفترض فيها أن تؤثر في الكيفية التي يتصرف الفرد بموجبها ودلالة هذا المسمى في التصنيف النمطي الذي يعتمده المجتمع للأمراض العقلية. والذي يحدد بالتبعية التكيفية التي بها يتصرف الناس الأخرون إزاء الفرد المصاب بهذا الإضطراب العقلي أو ذاك. وبما ان المجتمع يضع الفصاميين في هذا (الدور) فإنه يقضي على أية فرصة لهم في أن يعيشوا حياة عادية أو طبيعية.

وهكذا فإن هذه الحركة المعادية للعلاج النفسي(وابرز ممثليها: شيف Scheff، وسازSzasz ولانجLaing) هي اساساً حركة مناظرة ومجادلة عنيفة..فما قدموه لا يرتقي إلى مستوى نظرية في الفصام بقدر ما هو نقد حاد للمجتمع في طريقة تعامله مع(الفصاميين) وكل الأنواع الأخرى من الإضطرابات التي يسميها المجتمع امراضاً عقلية. ومع ذلك فإن هذا

النقد يتساوق، في أوجه كثيرة، مع تفسيرات المنظور الإنساني- الوجودي وطرائق علاجه للإضطرابات العقلية.

- العلاج البيئي والإجتماعي

طبقاً لوجهة النظر الراديكالية هذه، فإن الهدف النهائي لعلاج الإضطرابات العقلية المختلفة يتمثل في إعادة بناء جذري وصارم للمجتمع بإزالة كل الظروف غير الإنسانية والقيم المشوهة، وبما انه لا يمكن بلوغ هذا الهدف النموذجي، فإن المعالجين الإنسانيين- الوجوديين ركزوا في تصميم أو بناء مجموعات صغيرة تهدف إلى تغذية وتعزيز النمو الشخصي للفرد من خلال الإتصال المباشر بأفراد هذه المجموعات. وتعتمد هذه الطريقة على وجهة نظر المصممين لهذه المجموعات، بخصوص الفصام على أنه(خلل أو إضطراب Disturbance) فعلي يستلزم (الشفاءCure) حيث تتدرج هذه المجموعات من المواقف المعتدلة إلى المواقف الراديكالية في تعاملها مع الفصاميين، وتتخلى عن الأساليب أو الطرائق التقليدية التي تتبعها المستشفيات في العالج الفصام.فهم يحررون مرضاهم من القيود التي تفرضها المستشفيات عليهم ويعتمدون برامج للعلاج البيئي تتضمن نشاطات واسعة يقوم بها المرضى، ولا يفرضون عليهم التقيدات التقليدية إلا في حالات الضرورة وهم يتوقعون من مرضاهم الذين يخضعون لبرنامج العلاج البيئي. أن يتحملوا مسؤولياتهم عن سلوكهم الخاص، ويشاركوا في إعادة تأهيلهم لأنفسهم مساعدتهم على صنع القرارات التي تؤثر في الجماعة بكاملها.

لقد قدم المنظور الإنساني- الوجودي خدمة كبيرة للصحة العقلية بإصراره على صدق خبرة الفرد، سواء كانت فصامية أم غيرها، وبتساؤلاته التي طرحها بشأن دور المجتمع في وصم الأفراد المضطربين عقلياً بوصمة (الفصام) أو غيرها، فيحولهم إلى (منبوذين) ويدفعهم للتصرف بأساليب شاذة أو غريبة عن الأساليب التقليدية، ومع ذلك فإن وجهة النظر الوجودية الراديكالية في الفصام على أنه حالة (فوق العقلHypersonity)، وأنه ليس من حق العلاج النفسي أن يتطفل عليها ويتدخل في أمر لا يعنيه، رفضت من معظم المؤيدين للمنطلقات النظرية الأخرى، وفي الواقع فإن "لانج" نفسه قد عدّل من وجهة نظره في السنوات الأخيرة عندما أعلن بأنه لا يقف بالضد تماماً وبشكل قطعي من العلاج

النفسي(Laing، 1979). وأضاف بأنه يرى أن الفصام يمكن أن يكون ناتجاً جزئياً بسبب إضطرابات بايوكيماوية(Sedgwick، 1982).

- **منظور علم الأعصاب**

لاشك في أن واحداً من أكثرالميادين إثارة في علم النفس الشواذ المعاصر هو منظور علم الأعصاب والبحوث التي أجريت بخصوص الفصام. ومع أنه ما يزال هناك الكثير من المسائل التي لم تحل لحد الآن، إلا أن البينات التي تم الحصول عليها تقدم دليلاً واضحاً على أن الفصام ينتج، ولو جزئياً، من أساليب وراثية. وتشير الدراسات إلى أن هذا الإضطراب يمكن أن يكون ناتجاً من بعض الشذوذ العضوي، بما فيه عدم انتظام بناء أو تركيبة الدماغ وعدم التوازن البايوكيماوي. وسنتفحص في الآتي المهم من هذه البحوث والنتائج التي توصلت إليها.

- **الدراسات المتعلقة بالجينات الوراثية**

إن فكرة أن يكون الفصام حالة منقولة من الوالد إلى الطفل تعود على القرن الثامن عشر، غير أن شيوع نظريات الامينات الحيوية (Piogenic) في أواخر القرن التاسع عشر قادت إلى وضع افتراضات جينية وراثية طرحها اطباء مشهورين أمثال كريلين وبلولر وآخرين متخصصين بدراسة الفصام.

ولكن لم يكن بالمستطاع التحقق من هذه الإفتراضات إلا بعد مرور ربع قرن آخر، استطاع بعده الباحثون من إجراء دراسات مصممة بشكل جيد للتحقق علمياً من صحة هذه الإفتراضات. وتوصلت هذه الدراسات إلى نتائج مقنعة وثابتة، لدرجة أن أحد الإختصاصيين في هذا الميدان أشار بوضوح إلى أن (موضوع الفصام يجب أن يغلق الآن، فلقد تأكد أن العوامل الجينية الوراثية تسهم بشكل واضح في نشوء مرض الفصام وتطوره) (Rosenthal، 197، ص131- 132) وجاءت هذه النتائج من دراسات متمعنة لعدد من الأسر، والتوائم المتطابقة، والتوائم المتآخية، وأطفال التبنيAdoptive.

- **الدراسات الأسرية**

تشير الدراسات الأسرية إلى أن الجينات الوراثية لها دور في نشوء الفصام، وأن الدلة المتوافرة تؤكد هذا الدور بوضوح، وطبقاً إلى البينات التي جمعها كوتزمان فإن فرصة الطفل لأن يصاب بالفصام تبلغ (8. 13٪) عندما يكون أحد والديه مصاباً بالفصام، فيما

ترتفع هذه النسبة إلى(6. 36٪) عندما يكون كلا الوالدين مصابين بالفصام. ويتضح دور الجينات الوراثية إذا علمنا أن نسبة الإصابة بالفصام تبلغ(1٪) بين الناس بشكل عام.

ومع ذلك فإن الدراسات الأسرية لا يمكن أن ينظر إليها على أنها اختبارات جيدة للفرضيات المتعلقة بالجينات الوراثية. لأسباب كنا قد تطرقنا إليها سابقاً؛ وذلك أن أي تشابه نفسي بين الوالد والطفل، أو بين الطفل وأخيه وأخته أو قريبه، يمكن أن يكون نتاج بيئة مشتركة أكثر منه حصيلة تشابه في الجينات الوراثية.

فإذا كانت فرصة الطفل لأن يصاب بالفصام من والده المصاب بالفصام تزيد بمقدار أربع وعشرين مرة بالمقارنة مع طفل آخر في أسرة سليمة، فإن تعرّضه للإصابة بهذا الاضطراب يمكن أن تعزى ببساطة إلى حقيقة أن هذا الطفل نشأ وترعرع مع أبيه المصاب بالفصام. وأنه تعرض إلى الظروف البيئية نفسها التي تعرض لها أبوه وأحدثت فيه الفصام، وفي كل الأحوال فإن هذا لا يثبت أن الاختلاف هو دالة الجينات الموروثة.

إن هذا يعني بأن الدراسات الأسرية لا تشكل سوى البداية. وأنّ قيمتها الأساسية تكمن في أنها تستحث الباحثين الآخرين على تصميم دراسات أفضل، تتمكن من عزل العوامل الوراثية عن العوامل البيئية.

- دراسات التوائم:

تقدم دراسات التوائم صورة واضحة عن تأثير الوراثة. فالتوائم المتطابقة والتوائم المتآخية يمكن أن تدرس وتقارن بالنسبة للإصابة بالفصام. فإذا حدثت الإصابة في التوأمين تجمع لدينا معدل التطابق Concordance Rate الذي يعدُّ مؤشراً دقيقاً لعامل الوراثة. والجدول الآتي يبين درجة التطابق هذه واسم الباحث الذي قام بالدراسة الخاصة به والبلد الذي أجريت فيه الدراسة.

ولقد استعرض كوتيسمان(1978) وكيسلر(1980) الدراسات التي أجريت على التوائم على مدى عشرين سنة، فوجدا أن متوسط معدلات التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابقة حوالي(47٪) مقابل(15٪) بين التوائم المتآخية. ويستخلص باحثون آخرون أن معدلات التطابق التي توصلت إليها الدراسات بشكل عام تتراوح بين(3:1) و(1:0)

.(Weiten 2004,1984,Acocella , Bootzin)

درجة التطابق في صنفين من التوائم

اسم الباحث	السنة	التوائم المتطابقة	التوائم المتآخية
لوكسنبيركر(المانيا)	1928،1934	33- 76.5	2.1
رونانوف وآخرون (كندا وأميركا)	1935،1934	61	10
آيسن،موللر (السويد)	1941	14- 71	8.3- 17
كوللان (أميركا)	1946	69- 86.2	10- 14.5
سليتر (إنكلترا)	1953	65- 74.7	11.3- 14.4
انيوي (اليابان)	1961	36- 60	6- 12
تيدناري (فلندة)	1963،1968	6- 36	4- 10
كوتزمان وتسيلدز (إنكلترا)	1972	42	9
كرنجلين (النرويج)	1976	25- 38	4- 10
فشر (الدنمارك)	1973	24- 58	10- 34
هوفر وبولن (أميركا)	1970	13.8	4.1

وواضح أن هذه البيانات يجب أن ينظر إليها على أنها تقدم بينة قوية لصالح الفرضيات الخاصة بالجينات الوراثية. ومع ذلك فإن دراسات التوائم تخضع إلى اعتراضات معينة. أهمها صغر حجم العينة موضوع البحث (تراوح عدد الأفراد التوائم المتطابقة في الدراسات أعلاه بين(7- 174) وفي التوائم المتآخية بين(17- 517). وهذا يعود إلى أن عدد التوائم المتطابقة من المصابين بالفصام قليل بحد ذاته. فضلاً عن أن بعض الباحثين يرون(ليدز، 1976 مثلاً) أن التوائم المتطابقة لا يشاركون في تكوينهم الوراثي فحسب، بل ويشاركون أيضاً في بيئة متشابهة بأكثر مما يتعرض له التوائم المتآخية، ذلك أن التوائم المتطابقة يكونون دائماً من الجنس نفسه، ويميلون إلى أن يلبسوا ملابس متشابهة وما إلى ذلك، مما يعطي الإمكانية إلى عزو الإختلافات إلى عوامل بيئية أيضاً وليس إلى عوامل وراثية خالصة بمفردها.

-دراسات التبني:

في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، وطور الباحثون دراسات يمكن بموجبها تمييز التأثيرات البيئية عن التأثيرات الوراثية بدقة علمية عالية. معتمدين في ذلك على دراسات التبني Adoptive Studies . ففي هذه الدراسات يجري نقل الأطفال بعيداً عن أسرهم التي ولدوا فيها حال ولادتهم أو في فترة الرضاعة، وبالتالي فإنهم سيتعرضون إلى نوعين من الأسر، واحدة ولدوا فيها ويحملون تأثيراتها الوراثية، والأخرى نشأوا في أجوائها ويتعرضون إلى تأثيراتها البيئية. فإذا استطاعت أن ترينا هذه الدراسات إن الأطفال الذين ولدوا من أمهات مصابات بالفصام، وتربوا في أجواء أسر أخرى سويةNormal من الناحية النفسية، وأن هؤلاء الأطفال ظهر عليهم الفصام بنفس النسبة التي تظهر لدى أولئك الأطفال الذين ولدوا من امهات مصابات بالفصام، وعاشوا في أجواء هذه الأسر التي ولدوا فيها، عندها سيكون هذا بينة أو دليلاً قوياً جداً لصالح الإفتراضات الوراثية.

والواقع انه أجريت دراسات كثيرة شملت آلاف الأطفال من كلا الصنفين في عدد من دول العالم بينها: اميركا، الدنمارك، النرويج، وكندا، وكانت بينها دراسات تتبعية استمرت لأكثر من عشر سنوات، واتسمت بالمنهجية العلمية العالية، فضلاً عن الجهود الكبيرة والتكاليف الضخمة، ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات إلى أنها قدمت دليلاً مقنعاً بوجود عامل بايولوجي في الفصام (Acocella Bootzin1984,). ويعلق كيتي، وهو أحد الباحثين البارزين جداً في هذا الميدان، بقوله:(إذا كان الفصام أسطورة Myth، فإنها أسطورة تتضمن مكوناً وراثياً قوياً) (Kety، 1974).

ومع ذلك فإن هذا لا يحملنا على الإستنتاج بأن الفصام هو إضطراب ناجم بكامله عن أسباب وراثية.

- **دراسات بنية الدماغ والبحوث البايوكيماوية:**

استطاع الباحثون تطوير جهاز يعمل بالحاسوب (الكومبيوتر) يمكنهم من التقاط صور شعاعية دقيقة للدماغ، تبين منها بوضوح ما إذا كانت هناك تشوهات أو أسباب مرضية في بنية الدماغ وطبيعته التركيبية.

وقد استعمل عدد من الباحثين هذا الجهاز (يرمز له اختصاراً CAT) في دراساتهم فوجدوا أن الأفراد المصابين بالفصام المزمن لديهم تجاويف دماغية واسعة في تلك المساحات التي تحتوي على السائل المخي الشوكي ووجدوا ايضاً أن هذه السمة في التجاويف الدماغية

لدى المزمنين بالفصام لها علاقة ارتباطية بالضعف المعرفي (Golden وآخرون، 1980). والإستجابة الضعيفة للعلاج الدوائي(Weinberher وآخرون، 1980). وضعف التكيف(Weinberher و Cannon، 1980) وبأعراض سلبية أكثر منها أعراض إيجابية Andreasen) وآخرون، 1982، Nolen,2001).

إن هذا النمط من النتائج يعزز النظرية التي تطرقنا إليها في الفصل السابق من أن هناك صنفين مختلفين من إضطرابات الفصام، أحدهما مرتبط بتلف أو ضرر في الدماغ، وقريب من رأى كريبلين القائم على فكرة وجود عته أو خبل.

أما النظرية الكيمياوية الحيوية التي جذبت انتباه الباحثين في السنوات الأخيرة فإنها تقوم على فرضية (الدوبامينDopamine) الذي يعمل في نقل الحوافز العصبية في الجهاز الحافي للدماغ. وفحوى هذه الفرضية أن الفصام مرتبط Associated بالإفراط أوزيادة نشاط تلك الأجزاء من الدماغ التي تستعمل الدوبامين كناقل للحوافز العصبية في الجهاز الحافي للدماغ. ويأتي الدليل على هذه الفرضية من البحوث التي استعملت عقارات: الفينوثيازينPhenothiazinas، وبيتر فينونيز Butyrophanones ، التي اثبتت فاعليتها الدرامية في السيطرة على أعراض الفصام، ولأن هذه العقارات قد فعلت فعلها في الأعراض الأساسية للفصام، فإن الباحثين شعروا من أن النشاط الكيماوي يوفر دليلاً على النشاطات الكيماوية المؤثرة في الفصام، ذلك أن العقارات تعمل على خفض نشاط تلك الأجزاء من الدماغ التي تستعمل الدوبامين في نقل الرسائل العصبية (Snyder، 1980).

ويخلص المقيمون لنتائج هذه الدراسات التي كثرت في السنوات الأخيرة، إلى أن التفسير البيولوجي للفصام هو حالة معقدة جداً. وانها ربما تتضمن مزيجاً Combination من عدم التوازن الكيماوي- الحيوي- ومزيجات أخرى مختلفة بإختلاف انواع الفصام ومراحل تتطورها(Davis، 1975)

-نموذج الإستعداد-الضغط:

نتيجة إنشغال صنف من الباحثين في توكيد دور البيئة في إحداث الفصام، وإنشغال صنف آخر منهم في توكيد الوراثة في نشوء الفصام، فقد ادى هذا الحال إلى أن يتبنى معظم الباحثين في الفصام ما أطلق عليه نموذج الأستعداد –الضعيف(Diathesis-Stress Model). ويقصد بالإستعداد تلك الحالة في بنية الجسم التي تهيؤه للإصابة بالفصام. غير أن هذه الإستعدادات الوراثية يجب ان تكون مصحوبة بضغوط بيئية لكي يتطور الإضطراب. وبينما

تبدو طبيعية الإستعداد أو التهيؤ، قابلة للتحديد والتحقق منها، فإن طبيعة الضغوط البيئية لا تبدو كذلك. إذ كيف يمكن لطفل يحمل إستعداداً وراثياً ويعامل منذ ولادته بالرفض المتكرر من قبل والديه ويعيش في فقر دائم وضغوط بيئية أخرى، أن نعزو إصابته بالفصام إلى إستعداداته الوراثية أو الضغوط البيئية. ولقد افترض زين وسبرنك من ان الإصابة بالفصام يمكن أن تحدث بعدد من الطرائق المختلفة منها: المورثات، الأمراض الجسيمة، وعمليات النضج. غير أن الإصابة الفعلية بالفصام وظهور أعراضها للآخرين، تتوقف على الضغوط التي تواجهها ومهارات الفرد في التعامل معها (Lahey 2001,1977; Spring, Zubin).

وعلى الرغم من أن هذه التفسيرات جذبت إليها أراء الناس العاديين وساعدت على إصلاح (الخصومة) بين انصار الوراثة والمؤيدين للبيئة بخصوص أسباب الفصام، فإن نموذج (الاستعداد- الضغط) يبقى في الواقع نموذجاً وليس جواباً، ويترك بالتالي الكثير من المعضلات من دون حل. فهو لا يقدم الإجابة عن تساؤلات من قبيل: ما هي طبيعة الاستعداد أو التهيؤ؟ وما هو ذلك الضعف أو العجز المورث بايولوجياً؟ وما هي الضغوط الأكثر احتمالاً التي تقلب أو تحول هذا الاستعداد إلى فصام فعلي؟.

ولقد تساءل بعض الباحثين عما إذا كان الفصاميون قد مروا فعلاً في تاريخهم السلوكي بضغوط أشد من الآخرين(Rabkin، 1980).

لقد أجري عدد من الدراسات تبين من بعضها أن المشاكل التي يواجهها معظم الناس بقلق معتدل، فإنها تثير لدى الفصاميين قلقاً أكبرفيما يبدو العالم، بالنسبة للفصاميين المزمنين، مصدراً للإضطراب والإهتياج العظيمTurmoil. فكل شيء فيه يمثل مطلباً أو حملاً لا يطاق بفرضه المجتمع أو يضعه عليهم. وأن العالم بالنسبة لهم مصدر قلق لأنه مليء دائماً بالتوقعات المحبطة(Serban، 1975)، ولكن على أي مدى يمكن ان يكون رد الفعل هذا نتيجة أكثر منه سبباً للفصام؟ وبطبيعة الحال، فإننا لا نعرف ذلك. ولهذا أثارت هذه النتيجة الأخيرة من جديد مشكلة الأعراض الأساسية مقابل الأعراض الثانوية في الفصام، وهي المشكلة التي يعدها الباحثون على انها الأكثر اهمية في دراسة الفصام.

وكما رأينا فيما سبق، فإن الكثير من الإختصاصيين يرون أن جذر المشكلة في الفصام هو عدم القدرة على ممارسة الانتباه الانتقائي. فيما يعتقد آخرون بأن الأسباب الأساسية للمرض تكمن في نوع او أسلوب العملية التي يعتمدها الفصاميون في تعاملهم مع

البيانات أو المعلومات القادمة إليهم، وأن الضعف الانتباهي لايمثل إلا وجهاً واحداً من هذه العملية. فيما ترى نظرية ثالثة بأن المشكلة الأساسية تتمثل بمستوى الإثارة للجهاز العصبي الذاتين لأنه هو سبب مشكلة الانتباه. فيما يرى الموقف الرابع والمتعلق بنظريات الأسرة، أن الخلل الأساسي يكمن في خطأ أنماط اتصال ضعيف بالواقع، وأخيراً يبقى أولئك الذين يعتقدون بأن الإنسحاب الإجتماعي هو السبب الأساس في هذا الإضطراب. وحتى يستطيع الباحثون تحديد أي من هذه الأمور هو الحقيقة الأساسية، فإن جهودهم ستبقى مشتتة في اتجاهات مختلفة.

ونعيد إلى الذهن أن الأدبيات الصادرة بعد عام 2000 ما تزال تعزو أسباب الفصام إلى مصادر متعددة، وعلى وفق تفسيرات نظرية متباينة، فالنظريات البيولوجية تركز في: الجينات، والشذوذ في تركيبة الدماغ، سواء فيما يخص تجاويفه أو مواده البيوكيماوية، والناقلات العصبية، وتشير إلى وجود أدلة تفيد بان بعض المصابين بالفصام تعرضوا إلى مشكلات ولادية مثل: نقص الأوكسجين في أثناء الولادة، أو إصابة الم بالأنفلونزا خلال الحمل.

وبينما تعزو النظريات النفسية الدينامية أسباب الفصام إلى أساليب التنشئة القاسية من(أم فصامية) فإن النظريات السلوكية ترجع أسبابه إلى الإشراط الإجرائي. فيما تعزوه النظريات المعرفية إلى أن بعض أعراض الفصام ما هي إلا محاولات يقوم بها الفصامي لفهم التشوش أو الإضطراب الإدراكي والسيطرة عليه.

أما نظرية التباين الإتصالي فإنها تقول بأن الآباء يخلقون إضطراباً فكرياً لدى أطفالهم من خلال عملية الإتصال بهم بطرائق متباينة أو متضادة (مثل: الأب يطلب شيئاً من الطفل والأم تطلب منه نقيضه). فيما ترى نظرية الإنفعال التعبيري أن بعض اسر المصابين بإنفصام تعامل أطفالها مرة بحماية زائدة وأخرى بصورة عدائية.

أما المنظور الإجتماعي الحضاريsociocultural، فيرى أن العوامل الإجتماعية والإقتصادية والثقافية(مثل: الطبقة الإجتماعية، الدخل، النظام الإجتماعي...) يمكن ان تشكل ضغوطاً تقدح زناد أعراض الفصام لدى الأفراد الذين يتصفون بسهولة الإنجراح وسرعة التأثر... (Whitbourne, 2003,Helgin & Nolen,2001).

الخلاصة

يواجه البحث في أسباب الفصام العديد من المشكلات. فلا يوجد هناك اتفاق حول أساس هذا الإضطراب، وحول ما إذا كان الفصام مرضياً، أو اسماً يلصق بالناس الذين يتصرفون بطرائق معينة، وحتى عندما يتفق الباحثون على المستوى المفاهيمي، فإنهم لا يتفقون على الفئة أو الصنف المناسب لكل حالة فيه. ولقد استبعد(DSM) بعض الإختلافات في التشخيص بتأسيسه لمعايير اكثر تحديداً لما يتضمنه الفصام.

وهناك مشكلتان كبيرتان واجهتا التجارب التي أجريت حول مناشيء الفصام. الأولى: لا توجد هناك إشارة واضحة لإتجاه العلاقة السببية إذا ما ظهرت هناك علاقة بين متغيرين.

والثانية: من المحتمل أن يكون كلا العاملين أو المتغيرين ناتجين عن سبب ثالث غير محدد، ولهذا فمن المرجح أن لا يكون هناك سبب واحد بمفرده في الفصام. أنما قد يكون ناجماً عن تفاعل معقد لعوامل بيولوجية وراثية. ولقد تم في هذا الفصل عرض تفصيلي لعدد من المنطلقات النظرية التي بحثت في أسباب الفصام أهمها:

التحليل النفسي(فرويد وما بعد فرويد)، نظريات الأسرة، المنظور السلوكي، المنظور الإنساني، الوجودين، ومنظور علم الأعصاب، فضلاً عن الدراسات المتعلقة بالجينات الوراثية والدرسات الأسرية، ودراسة التوائم، ودراسات التبني، ودراسات بنية الدماغ والبحوث البيوكيماوية، ونموذج (الاستعداد- الضغوط)، وآخر ما توصلت إليه البحوث في هذا الميدان، وموقف النظريات على وفق الأدبيات الصادرة بعد عام 2000

-Anderasen, N.C. etal. Assessment of reliability in multicenter collabrativ research with a vldeotape approach. American Journal of Psychiatry, 1982, 139, 876-882.
-Beck, A,T.,et al. Reliability of Psychiatric diognosis American Journal of Psychiatry, 1962, 119, 351-357.
-Bellack, A.S. et. al Generalization effects of soail skills training inchronic schizo phrenia.Behauior research and therapy. 1976, 14, 391-398.
-Carpenter, W.T. et al Arethere pathognomonic symptoms is schizophrenia. Archives of General psychiatry. 1973, 28, 847-852.
-Davison, G.C. & Neale, J.M. Abnormal psychology. John Wiley, Third edition, 1982.
-Danis, J. H. Cat cholemines and Psychosis. In A Freedhoff, ed. Catecholamines and Behanior. Vol. II, New York: Plenam Press, 1975.
-Helgin, R.R. & Whitbourne K, Abnormal Psychology. McGraw-Hill,2003.
-Lahey, B.B.Psychology. McGraw-Hill. 2001.
-Lewis,J.T. et. al Inteafamilial behavior, parental communication deviance, and risk for schizo phrenia. Journal of Abnormal psychology.
1981, 90, 448-547.
-Mahony, T.J. Abnormal psychology. Harper and Raw, 1980.
-Tosher, I. R. et al Identical twins, discordant for schizophrenia. Archiver of General psychiatry. 1971,24,422-430.
-Richard, B.R. & Acocella J.R. Abnormal psychology, Current perspectives, Random House, Fourth edition, 1984.
-Rosenthal, R. Covert communication in the psychological experiment. Psychological Bulletin, 1967, 5, 365-367.
-Santrock. J.W. Psychology. McGraw-Hill. 2000.
-Scheff, T.J. Being mentally ill. Asociological theory. Aldinc, 1966.
-Serban, G. Stress in normals and schizophrenics. British Journal of psychiatry. 1975,126,397-407.
-Snyder, S.H. Biological arpects of mental disorders. New York: Oxford University press, 1980.
-Stephens, J.H. Long-term prognosis and follow up in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1978,4,25.
-Sullivan, H.S. Schizophrenia as a human proces. New York: Norton, 1962.
-Weiten, W. Psychology. McGraw-Hill. 2004.

الفصل الثاني عشر

الزَوَر (البارانويا) والشخصية الزَوَرية

مقدمة:

قبل أكثر من ألفي سنة، كتب الفيلسوف وعالم الطبيعة الإغريقي ثيوفرستوس(Theophrastus)(371- 287 ق.م) وصفاً لشخصية ابتكرها من خياله، وصارت مشهورة في الأدب الإغريقي، جاء فيه.

"إن الشك هو التعود على افتراض أن كل إنسان مستعد إلى أن يخدعك أو يغشك، فالإنسان الشكاك هو الذي يرسل خادمه إلى السوق ليتبضع له. ويتبعه بواحد آخر يراقبه عن بعد ليتحقق من الثمن، وهو يصر على أن يحمل النقود بنفسه، ويعيد حسابها مرات عديدة، مهما كانت قليلة. ويتوقف في طريقه كل بضعة مئات من الأمتار ليتأكد أنها ما تزال موجودة. وهو سوف يسأل زوجته، بعد أن يأوي إلى الفراش، ما إذا كانت تذكرت أن تقفل الخزانة الحديدية التي يحفظ فيها المقتنيات النفيسة، ولم تنس غلق خزانة الملابس والباب الخارجي، ولا فرق ما إذا أجابته زوجته ب"نعم" أو"لا". فحتى إذا أكدت له أنها عملت كل هذه الأشياء، فإنه يسحب الغطاء عنه، وينهض حاملاً المصباح ليقوم بجولاته مرتدياً قميص نومه فقط.

..وإذا جاءه أحد الجيران طالباً منه ان يعيره بعض الأقداح فإنه سيعمل كل ما بوسعه لكي لا يعيره إياها. وهو قد يقول" نعم" مجبراً لصديق أو قريب، ولكن ليس قبل أن يزن ويتحقق من كل قطعة يعطيها. ثم يطلب ضماناً" (Cotin & Draguns, 1989, P, 347).

واللافت للنظر أن خاصية الشك والمظاهر السلوكية الأخرى التي ذكرها ثيوفرستوس عن الزَوَر (البارانويا) قبل أكثر من ألفي سنة، ترد نفسها في الأدبيات والتصانيف الطبية النفسية الحديثة. غير أن قدماء اليونانيين، كانوا يتداولون لفظ (بارانويا Paranoia) بوصفه مرادفاً للفظ الجنون أو الخبل (Insanity).

ولقد حمل هذا المفهوم(Paranoia) مضامين أو معاني متنوعة عبر تطوره التاريخي. ففي عام 1818 طرح هينروث(Heinroth) مصطلح "حالات البارانويا"(Paranoia States) ليشير به

إلى نوع من إضطرابات العقل، حيث طرح تصنيفاً قسم فيه الإضطرابات العقلية إلى ثلاثة أصناف: إضطرابات تشمل العقل، وأخرى تشمل الإرادة، وثالثة تشمل المشاعر. وأن البارانويا، - على وفق ما يرى - إضطراب في قوى العقل. فيما عد جيريزنجر(Griesinger)(1845) هذا الإضطراب "حالات البارانويا" بوصفها نوعاً من الإضطراب الثانوي لإضطراب وجداني. ثم اعاد كالبوم(Kahlbaum)(1863) لفظ"البارانويا" خالصة، واصفاً إياها بأنها تعني مرضاً مزمناً يتصف بهذاءات، فينشأ من إضطرابات وجدانية. ولا ينتهي بالفرد إلى تحسين ملحوظ أو تدهور عقلي خطير.

وجاء فرويد(1896) ليحدث تحولاً في مفهوم هذا الإضطراب، فلقد توصل بعد دراسته لحالة" بارانويا" أن هذا الإضطراب هو نتاج آلية "ميكانزم" دفاعية، هي الإسقاط(Piojection) تحديداً. وبهذا يكون قد طرح تفسيراً نفسياً جديداً يختلف عن التفسيرات السابقة له، التي غلب عليها الطابع الفلسفي، وفلسفة كانت(Kant) تحديداً.

ثم جاء كريلن(Kraepelin)، الذي يعد هو وبلولر(Bleuler) أول من نحت مصطلح "الشيزوفرينياSchizophrenia" ، ليطرح تصنيفاً جديداً للإضطرابات العقلية، وكان أول من طرح مفهوم الخبل المبكر(Dementia Praecox) في ورقته التي قدمها إلى المؤتمر التاسع والعشرين للأطباء النفسانيين الألمان المنعقد في هيدلبيرغ (Heidelberg) في عام(1898)، والتي كانت بعنوان "تشخيص ومصير الخبل المبكر" The Diagnosis And Prognosis Of Dementia proecox حيث صنفت الإضطرابات العقلية إلى مجموعتين كبيرتين هما: الأمراض الإكتئابية الهوسية، والخبل المبكر، الذي يشمل "البارانويا" و"الكاتاتونياCatatonia" و"الهيبوفرينيا

Hebephrenia.(Davison & Neale,1982,P,393)

ومع أن كرتشمر (1927) لم يكن منشغلاً بالإضطرابات العقلية، إلا انه اشار إلى أن الشخص الذي يتصف بحساسية زائدة، مع ميل إلى تبجيل أو تعظيم الذات، يكون عرضة إلى الإصابة "بالبارانويا" فيما توصل كول(Kolle)(1931) من تحليله لبيانات مجموعة كبيرة من مرضاه الذين شخصهم على أنهم مصابون"بالبارانويا" إلى أن هذا الإضطراب يقع في إطار الفصام"الشيزوفرينيا". وأطلق عليه لفظ" بارافرينيا"Paraphrenia".

وكان كاميرون (Cameron)(1943) مقتنعاً بما قاله كرتشمر بأن الشخص المصاب" بالبارانويا" يتصف بحساسية مفرطة، إلا أنه عزا هذه الحساسية ليس إلى طبيعة بنية

الجسم، إنما إلى فشل كان قد تعرض له الفرد في طفولته، يخص عدم تمكنه من اكتساب الحد الأدنى من المهارات الإجتماعية التي يحتاج إليها في تعامله مع الآخرين في مرحلة الرشد.

وحتى وقت قريب كان "للبارانويا" معنيان مختلفان، إلى حد ما، في أوروبا وفي بريطانيا. فهو يعني بالنسبة لمعظم الأطباء النفسانيين البريطانيين، هذاءات الإضطهاد، فيما يعني في أوروبا هذاءات متنوعة، سواء كانت متعلقة بتوهم المرض، أو الإضطهاد، أو العظمة، أو هذاءات شهوية أو خاصة بالدين(إسماعيل، 1984، ص303- 308).

على أن مفهوم "البارانويا" استقر، نسبياً في السنوات الإخيرة، في التصنيفين المتمدين في الطب النفسي: تصنيف منظمة الصحة العالمية(WHO)، والمرشد الطبي النفسي الأمريكي(dsm).

-مفهوم الزَوَر(البارانويا)

يشير الزَوَر (البارانويا) إلى اسلوب أو شكل(Mode) مضطرب من التفكير، يسيطر عليه نوع شديد وغير منطقي (أو غير عقلاني) ودائم من الشك وعدم الثقة بالناس، ونزعة دائمة نحو تفسير افعال الآخرين على أنها تهديد مقصود أو مهين(Costello,1996,P,242).

ولأن هناك توقعات تعميماً أن الاخرين ضدهم، أو انهم يحاولون بشكل ما استغلالهم، فإن الأشخاص المصابين بالزور(البارانويا) يميلون دائماً إلى يكونوا محترمين وكتومين وحذرين، ويبحثون بشكل مستمر عن أدلة أو معلومات تشير إلى وجود نوايا سيئة ضدهم، لدى المقربين إليهم. وعدم إخلاصهم لهم، وهم يعمدون إلى توكيد هذه التوقعات بكل سهولة، ذلك أن حساسيتهم المفرطة تجعلهم يفسرون أو يقلبون الإستخفاف البسيط إي إهانة كبيرة. والأفعال التافهة إلى أحداث كبيرة، مؤذية ومقصودة. وستدور بالنتيجة رحى احداث مؤلمة مصحوبة في الوقت نفسه بتوقعات لخيانة او غدر أو عداء. غالباً ما تستثير في الآخرين ردود أفعال تؤكد توقعاتهم وتبرر ما كانوا يحملونه من شك وعداء نحو الآخرين (Fenigstein, 1996 a).

في ضوء الوصف أعلاه، وهو ما يتفق عليه معظم الباحثين، فإنه يمكن تأشير مسألتين مهمتين في الزور(البارانويا) هما:

1.إنها حالة تتصف بعمليات فكرية مضطربة.

2.وانه يترتب على هذه العمليات الفكرية المضطربة، أو ينتج بسببها، تصرفات في السلوك، تؤثر في توافق الفرد مع المحيط الذي يعيش فيه.

على أنه يكون من الأفضل أن نفهم هاتين المسألتين بوصفهما خصائص تتصف بهما الشخصية. ذلك أن الزور (البارانويا) جرى التعامل معها بوصفها فئة تشخيصية(Diagnostic Category)- أي مشكلة عقلية ما إذا كان الفرد يعاني منها أم لا- وأنه ينبغي تقديم بديل مفاهيمي جديد ينظر إلى(البارانويا) بوصفها محصلة تفاعل معقد لكل من بنى أو تراكيب الشخصية(Structurrs) ومن عملياتها(Processes) أيضاً. ويبدو أن هذا ممكن في نظر عدد من الباحثين إذا ما نظر إلى (البارانويا) على انها حالة تشبه الحالات الأخرى للشخصية، بمعنى أنه يمكن وصفها بأنها نمط ثابت وشامل من التفكير والمشاعر والسلوك الصريح، وأن هناك عنصراً جوهرياً في هذا النمط، يمكن تحديده عبر مدى واسع من الأفراد يمتد من المصابين باختلال وظيفي شديد على الأسوياء.

1-إشكالية التشخيص في(البارانويا):-

إن المتمعن في نتائج الكم الكبير من البحوث المتعلقة بالزور(البارانويا) وإضطراب الشخصية الزورية(البارانوية) يخرج بنتيجتين أساسيتين هما؛ وجود إتفاق على عدد من الأعراض الرئيسة فيها، ووجود عدم إتفاق يثير الدهشة بخصوص مكونات اضطراب الشخصية الزورية(البارانوية). فالنظام التشخيصي لجمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية(DSM) كان أجرى عبر السنين تغيرات مهمة في المعيار التشخيصي لهذا الإضطراب وما يزال الجدل قائماً بخصوص ما إذا كانت تلك التغيرات جاءت لأسباب علمية، أم لعوامل أخرى(Turkat et. Al. 1990).

لنعد إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية. بصورته الثالثة(DSM-III:APA.1980) فإننا سنجد انه حدد ثلاثة معايير لهذا الإضطراب، هي:

1.شكوك وعدم ثقة غير مبررة.

2.حساسية مفرطة.

3.فعالية محدودة أو مقيدة.

أما الصورة الأحدث منه والصادرة في عام 1987(DSM-III-R) (APA,1987) وآخر صورة له، والصادرة في عام 1994 (APA, 1994) (DSM-IV 1994) فإنهما اكتفيا بتحديد معيار واحد فقط له هو: عدم الثقة المطلقة والشك بالآخرين، من قبيل تفسير نواياهم على أنها

محملة بالحقد أو الضغينة أو الغل، مصحوبة بقائمة من المؤشرات التي يحتاج إليها الفرد لتوكيد شكوكه.

على أن معيار "الشك" يتضمن إلى درجة ما، عنصر "الحساسية المفرطة"، فيما جرى استبعاد عنصر "الفعالية المحددة أو المقيدة" (Restricted Affectivity) برغم أنه استمر بقاؤها بوصفها خاصية ملازمة وذلك استناداً إلى دراستين وجدتا أن الصدق التشخيصي لها كان ضعيفاً (Livoley,1986, Bernstein et. Al,1993).

وهناك أيضاً اختلافات جوهرية بين المعيار الذي اعتمده الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية بصورته الرابعة (DSM-IV) (APA, 1994) وبين الفقرات التي وردت في آخر صورة أصدرتها منظمة الصحة العالمية (ICD،10، 1992) بدليلها المعروف باسم التصنيف العالمي للأمراض (International Classification Diseases) والخاصة بتحديد إضطراب الشخصية الزورية (البارانوية)، فبرغم أن كلا التصنيفين يتفقان على بعض الخصائص، وهي تحديداً: الشك والنزعة نحو تفسير أفعال الآخرين بوصفها عداءاً تحمل التذمر، وعدم التسامح إزاء الإهانات، والميل إلى الغيرة المرضية، فإن معيار منظمة الصحة العالمية (ICD) أورد خصائص او صفات لم ترد في (DSM) هي: الحساسية المفرطة إزاء الهزيمة او العائق وكذلك الصد أو الرفض، والاستعداد للقتال من أجل الحقوق الشخصية، بغض النظر عن طبيعة الموقف الفعلي، والنزعة المفرطة نحو أهمية الذات، والإنشغال بتفسير الأحداث على أنها تآمر موجه ضده. وذلك على وفق ما يرى فنكستين (Fenigstein, 1996, P, 244).

وتوثيقاً لما ورد في اعلاه، وزيادة في الإيضاح، نورد في أدناه الوصف الخاص بإضطراب الشخصية الزورية (البارانوية) كما جاء في آخر صورتين لأكثر تصنيفين طبيين- نفسيين شيوعاً، ونعني بهما: الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطربات العقلية بصورته الرابعة (DSM-IV)، والتصنيف العالمي للأمراض (ICD -10).

يحدد التصنيف الأول (DSM-IV) إضطراب الشخصية الزورية (البارانوية) بسبعة اعراض، إذا توافر منها أربعة في الأقل، يصنف المصاب بها ضمن هذا الإضطراب، والأعراض هي:-

1. شكوك، من غير أدلة كافية، بأن الآخرين يستغلونه أو يخدعونه.

2.إنشغال في ارتيابات غير مبررة بخصوص ولاء أو وفاء أو نزاهة أو ثقة الأصدقاء، أو من له علاقة بهم.
3.يكره الثقة بالآخرين، بسبب خوف غير مبرر، مفاده أن المعلومات سوف تستخدم ضده.
4.يقرأ المعاني الخفية للحط من القدر أو التهديد، ويحولها على إشارات معينة أو أحداث.
5.يحمل ضغينة ضد من يتجاهله أو يوجه إليه إهانة، وليست لديه قدرة على التسامح.
6.يدرك الهجوم الموجه نحو شخصه أو سمعته، والذي لا يبدو ظاهراً للآخرين، ويرد عليه بغضب أو بهجوم مضاد سريع.
7.استفهامات لا مبرر لها، بخصوص إخلاص (الزوج أو الزوجة) أو الطرف الآخر في علاقات الحب والجنس.

أما تصنيف منظمة الصحة العالمية(ICD -10) فقد حدد أعراض إضطراب الشخصية الزورية(البارانوية) بسبعة أيضاً، غير أنه اكتفى بتوافر ثلاثة منها في الفرد ليكون مصاباً بهذا الإضطراب، والأعراض هي:

1.حساسية مفطرة للنكسات أو العقبات، والصد أو الرفض.
2.نزعة لحمل ضغينة مستديمة، ورفض التسامح عن الإهانات، أو الحيف أو الإستخفاف.
3.شك ونزعة شاملة نحو تشويه الخبرة، تتضمن سوء الفهم للأفعال الحيادية أو الصديقة للآخرين، وتفسيرها على أنها عداء أو إزدراء.
4.استعداد للقتال أو المقاومة، والإصرار بعناد على التمسك بحقوقه الشخصية بغض النظر عن الموقف العملي.
5.نفس الصيغة في(7) أعلاه، من(DSM-IV).
6.نزعة مفرطة في الإحساس بأهمية الذات، تصبح معها" الذات"الإتجاه المرجعي الدائم له.
7.إنشغال لا مبرر له، بتفسير الأحداث المحيطة به، أو في العالم على سعته، بأنها تآمر موجه ضده.

إن قراءتنا للأعراض الواردة في التصنيفين أعلاه، تقودنا إلى أنهما يتفقان بوضوح صريح على معيار" الشك وعدم الثقة" بالآخرين، على ان تصنيف(DSM) يربطهما بالإستغلال والخداع، فيما يربطهما(ICD) بالعداء والإزدراء. كما انهما يتفقان على معيار(الحساسية المفرطة). غير ان تصنيف(ICD) يشير إليها بوضوح اكثر، ويزيد على ما ورد في (DSM) " النكسات أو العقبات" فضلاً عن "الأشخاص"، وأوضح أن النكسات أو

العقبات هي خبرات ذاتية، ويتفقان أخيراً على معيار "العدائية". غير أن تصنيف(ICD) يشير بوضوح إلى مسألة لم يشر إليها(DSM) في هذا المعيار هي"الإصرار بعناد على التمسك بالحقوق الشخصية".

أما نقاط الإختلاف بينهما فإن تصنيف(ICD) حدد معيار"الإحساس المفرط بأهمية الذات" والذي لم يرد في (DSM). كما أن تفكير المصاب بهذا الإضطراب جعله (DSM) منشغلاً في ارتيابات غير مبررة بخصوص ولاء أو ثقة الأصدقاء ومن له علاقة بهم. فيما أعطاه (ICD) مساحة أوسع تتعدى حدود المحيط الذي يعيش فيه الفرد، إلى العالم من غير حدود، وتفسير الأحداث على انها تآمر موجه ضده.

في ضوء ذلك نخلص إلى انه لا يوجد اتفاق تام بخصوص تحديد أعراض إضطرابات الشخصية الزورية (البارانوية). وأن"البيانات الإمبريقية التي تساعد على حل عدم الاتساق هذا، ما تزال غير موجودة في الوقت الحاضر" (Fenigstein، 1996، P، 245) في: Costello,1996).

وهناك مسألة أخرى فيها شيء من الإشكالية تتعلق بالمسميات، ذلك ان ال(Paranoia) ترد في اللغة الإنكليزية بعناوين كثيرة، فهي العظمة بمفردها لتعني"مصطلحاً عاماً يشير إلى أوهام الإضطهاد، أو العظمة أو كليهما"

(Davison & Neale,1982,P, 782) وترد مقترنة بمفردات اخرى أهمها: إضطراب الشخصية الزورية(البارانوية)(Paranoid Personality Disorder)، إضطراب الزور الوهمي"المصحوب بالأوهام"(Deiusional Paranoid Disorder) والفصام الزوري(Paranoid Schizophrenia)، والذهان الزوري (Paranoid Psychhosis)، والذهان الزوري النفسي المنشأ(Psychogenic Paranoid Psychosis)، والزور الكحولي(Alcoholic Paranoia)، والإضطراب الزوري المشترك(Shated Paranoid Disorder)، والإضطراب الزوري الحاد (Acute Paranoid Disorder)، والحالة الزورية(Paranoid State)(APA، 1980؛ APA، 1994، ICD، 1992، Derksen، 1995؛)والواقع ان مسألة تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية ما تزال تثير جدلاً مستمراً، وستبقى إشكالية لسنوات قادمة. في سبيل المثال، كان إضطراب الشخصية المكتئبة(Depressive Personality) قد ورد في تصنيف(DSM-II). الصادر في عام 1968، وجرى حذفه في (DSM-III). الصادر في عام 1987، غير أنه أعيد في الصورة الرابعة(DSM-IV) الصادر في عام 1994، وجرى وضعه

ضمن محور إضطرابات الشخصية (Personality Disorders). والإشكالية أن محور إضطرابات المزاج (Mood Disorder) تضمن الكآبة أيضاً بوصفها إضطراباً. وبرغم أن الشخصية الإكتئابية جرى توصيفها بخصائص أساسية على أنها توليفة(Constellation) فإن هناك تداخلاً بين هذه الأعراض والأخرى الواردة في أعراض الكآبة الكبرى(Major Depression) بوصفها إضطراباً في المزاج. وبهذا واجهت الدراسات قيوداً عديدة، أهمها عدم الإتفاق على وجود نقطة قطع(cut-off) بين الشخصية الإكتئابية وإضطراب الكآبة. وتداخل إضطراب الشخصية الإكتئابية مع إضطرابات أخرى في الشخصية (Katharine et. Al.1998,P,1044). وهذا ما ينسحب على الزور(Paranoia) أيضاً. في سبيل المثال، فإن إضطراب الشخصية الزورية(البارانوية) يشبه كثيراً إضطراب الشخصية السلبية-العدوانية(Passive-Aggressive) من حيث أن كليهما يتضمنان عاملين من العوامل الخمسة الكبار هما: العصابية(Neuroticism) وإنخفاض القدرة على الإتفاق وحسن المعشر(Agreeableness)(43, Widiger et. Al. P، في Coste& Widiger,1994) ويضيف الباحث نفسه أن هناك تداخلاً بين إضطرابات الشخصية الزورية، والشخصية السلبية-العدوانية، والشخصية المضادة للمجتمع، والشخصية النرجسية(P. 43). وبوجود تداخل بين الشخصية الزورية والشخصية الحدودية.

في ضوء ذلك، تبين لنا أن إشكالية التصنيف في الزور(Paranoia) ستبقى قائمة، مشيرين إلى مسألة مهمة تخص البحث هذا، هي أن التفكير الزوري(Paranoid Thought) ليس محصوراً بالمصابين بالزور(Paranoia) على مختلف الأصناف، بل يمكن أن يكون لدى الأفراد الأسوياء أيضاً. لا سيما أولئك الذين يمتلكون تحيزاً نحو التمركز على الذات، يرون الأحداث من خلاله على انه أكثر صلة بالذات مما هي عليه في الواقع.

-التحليل البُعدي للزور(البارانويا)

(A Dimensional Analysis of Paranoia):

وما يزيد الأمر تعقيداً عدم وجود اتفاق تام بخصوص الأبعاد المكونة للزور، فميلون(Millon) مثلاً، حلل الشخصية الزورية إلى نوعين من الأبعاد هما: الأبعاد الوظيفية(Functional Domains) والأبعاد البنيوية(Sturctural Domains) وقدم وصفاً لكل واحد منهما، وأشار إلى أن الأبعاد الوظيفية تشمل أربعة مكونات هي:

أ- دفاعية سلوكية(Behaviorally Defensive):

وتعني أن يكون حذراً ومحترساً ويقظاً لأن يصد أفعالاً متوقعة تهدف إلى خداعه والحط من قدره، ويكون في حالة مقاومة ثابتة ضد مصادر السيطرة والتأثير الخارجية.

ب- شكوك معرفية(Cognitively Suspicious):

يكون شكوكاً بدوافع الآخرين، ولا يثق بهم، ويفسر الأحداث على انها تآمر موجه ضده، والصعوبات الإجتماعية البسيطة على انها أدلة ثابتة على الخيانة والخداع.

ج- إستفزازات بينشخصية(Interpersonally Provocative):

يمتلك اتجاهاً عدائياً نحو الاخرين يظهره في خصومه أو شجار، ويستثار بسهولة ويتصرف بغضب، وينشغل بالبحث عن عدم الولاء أو النزاهة، وخفايا نوايا الاخرين ودوافعهم.

د- آلية الإسقاط(Projection Mechanism):

يعمل على عزو سماته الشخصية غير المرغوب فيها إلى الآخرين، ويعمد إلى توجيه النقد اللاذع لهم.

أما الأبعاد البنيوية، فتتضمن اربعة مكونات ايضاً: هي:

هـ- مزاج غضوب(Irascible Mood)

تظهر عليه تصرفات تتصف بالبرود والتهجم أو النكد، ويكون فظاً أو غليظاً، ويحاول أن يكون موضوعياً وغير إنفعالي، غير انه يكون منفعلاً، حسوداً، وغيوراً وسريع الغضب.

و- مناعة صورة الذات(Inviolable Self-Image):

لديه أفكار ثابتة بخصوص اهمية الذات ومرجعيتها، تؤكد له أن الأفعال والأحداث مهما كانت تافهة أو غير تافهة أو غير مؤذية، فهي إن لم تكن تهدف التشهيريه، فإنها كافية لإثارة مخاوفه على شخصه ومكانته، ويعمد إلى تحصين أفكاره هذه داخل ذاته، وبالشكل الذي يضفي عليها المناعة أو الحرمة.

ز- استدخالات ثابتة(Unalterable Internalization):

تكون الأفكار والمعتقدات والتصورات والاتجاهات والذكريات مرتبة لديه كما لو كانت هرماً ثابتاً غير قابل للتغيير.

ح- تنظيم تشكلي غير مرن Inelastic Morphological Organization:

لديه أنظمة وطرائق دفاعية غير مرنة، والتصلب في تعامله مع الصراعات والضغوط

النفسية(370- 339 ،PP، Millon، في 1993Pervin).

ويطرح أنموذج العوامل الخمسة(The Five-Factor Model) خمسة أبعاد واسعة للشخصية هي: العصابية، الإنبساطية، الانفتاح على الخبرة، القدرة على الإتفاق وحسن المعشر، والهدفية أوالجدية، ويشير إلى أن إضطراب الشخصية الزورية سجلت درجات عالية في بعد العصابية (القلق والعدائية) وفي (التنافس) من بعد الهدفية أو الجدية، فيما سجلت درجات واطئة على بعد الإنبساطية (الدفء والمودة الإجتماعية)، وبعد الانفتاح على الخبرة(الجمالية والمشاعر والإنفعال)، وبعد القدرة على الإتفاق (الثقة والإستقامة والمسايرة والإذعان والتواضع والرقة والتعاطف).(Costa & Widiger, 1994,P,42) وإذا كان إنموذج العوامل الخمسة(FFM) يقوم في تصنيفه للشخصية على أساس تعدي (Dimensional)، فإن تصنيف(DSM) يقوم على أساس بُعدي (Categorical). بمعنى أنه يتعامل مع إضطراب الشخصية الزورية (Paranoid Personality Disorder)، وأي إضطراب آخر على أساس كمي للأعراض السريرية المميزة، وهذا ما خلق مشكلات بخصوص الصدق والثبات والإتساق الداخلي (Widiger,1986,Frances & Morey,1988 a, 1988b).

وبالرغم من أن جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكية بالتشخيص في دليلها التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية بصورته الرابعة((DSM-IV)، وفي الفقرة الخاصة بالتشخيص التفريقي للزور، ما يفيد بإمكانية تمييز إضطراب الشخصية الزورية، إلا أن الأمر لا يبدو كذلك من وجهات نظر أخرى. فلقد أورد الدليل الشخصي أعلاه ما نصه:

"يمكن تمييز إضطراب الشخصية الزورية عن إضطراب الأوهام (Delusional Disorder)، من النمط الإضطهادي (Persecutory Type)، والفصام من النمط الزوري (chizophrenia Paranoid Type)، وإضطراب المزاج المصحوب بخصائص ذهانية (Mood Disorder With Psychotic Features) وذلك لأن هذه الإضطرابات تتصف بمدة ثابتة من الأعراض الذهانية مثل الأوهام والهلاوس"(APA,1994,P,636).

في حين يشير باحثون آخرون إلى وجود علاقة بين الأوهام وإضطرابات الشخصية بضمها الزور(Paranoia)(Kendler,Masterson &Davis,1985) ويذهب باحثون آخرون إلى أبعد من ذلك بقولهم إن الكثير من المعتقدات والأفكار غير العقلانية التي يتصف بها الأفراد المصابون بالزور(البارانويا) تظهر أحياناً لدى الأفراد الأسوياء(,Johnson,1988,Olthmanns 1988)، ويخلص باحثون آخرون إلى ا لقول بأن من الصعب الإفتراض بأن اضطراب الشخصية

الزورية هو كيان(Entity) او حالة مجردة بشكل منفصل وقابلة للتحديد والثبات، ومنعزلة بشكل واضح عن السواء(Normality) او الإضطرابات العقلية (1993، Bernstein et al...).

إن التصانيف التشخيصية تكون قائمة على أساس كمي (Quantification)، وتحدد بموجبه الأبعاد او الخصائص الأكثر جوهرية التي تتصف بها الشخصية السوية أو الشخصية غير السوية.

ولقد قام لفيسلي وشرويدر(Livesley &Schroeden, 1990) بمحاولة لتحديد أبعاد إضطراب الشخصية الزورية، فتوصلا إلى أحد عشر بعداً فيها: هي:-

1.الحقد أو حب الإنتقام(Vindictiveness): و تتضمن الحاجة إلى النيل من الأعداء.

2.الشك(Suspiciousness): وتتضمن سوء تفسير مقاصد وافعال الآخرين، والإحساس بان العالم مصدر للعدائية والتهديد.

3.الحذر أو الإحتراس المفرط(Hepervigilance): لأية إشارة تهديد.

4.الحساسية المفرطة(Hepersensitivity):لأي تقويم سلبي واقعي أو متخيل.

5.مقاومة الثقة بالآخرين

(Reluctance To Confide In Others).

6.تجنب اللوم والمسؤولية

(Avoidance Of Blame and Responsibility).

7.عزو المشاكل إلى العالم الخارجي

(Attributing Problems to the External World).

8.أسلوب معرفي متصلب وجامد

(Afixed, Rigid Cognitive Style).

9.سرعة الغضب(Easily Angered).

10.الامتعاض من السلطة(Resentful of Authority).

11.الخوف من الإذلال(Fear of Humiliation).

ويعلق "فتكستين" على ذلك بقوله، إن هذه الخصائص البعدية في إضطراب الشخصية الزورية حصلت على مستويات مُرضية من الإتساق الداخلي، سواء على الصعيد العيادي فيما يخص المرضى، أم على صعيد المجتمع بشكل عام، ويضيف بأن التحليل العاملي انتج

عاملين متشابهين في كلتا المجموعتين (المرضى والأسوياء) تمثل العامل الأول في الحقد أو حب الإنتقام، الشك، الحذر أو الإحتراس المفرط، وتجنب اللوم، فيما تمثل العامل الثاني في: الحساسية المفرطة، والخوف من الأذى الإجتماعي، الإمتعاض من السلطة أو مراكز القوة، والأسلوب المعرفي المتصلب والجامد(252- 251 ، 1996 ، Fenigstein، في: 996 ، Costello).

هـذا وتنبغي الإشارة إلى أن إضطراب الشخصية الزورية يجب أن يجري تمييزه في التشخيص عن نمط السلوك الذي يحدث حصراً خلال الفصام، وإضطراب المزاج المصحوب بخصائص ذهانية، وأي إضطراب ذهاني آخر، وكذلك إذا كان نتيجة مباشرة لتأثيرات فسيولوجية أو عصبية (كالصرع)، أو أي طرف طبي آخر.

المنطلقات النظرية في تفسير أسباب الزور(البارانويا)

سنحاول الآن تقديم عرض موجز للتوجهات أو المنطلقات النظرية، ففيها من التفسيرات التنظرية ما يلقي الضوء على أسباب السلوك الزوري (Paranoid Behavior) ويساعدنا على فهمه.

التوجهات النفسية الدينامية(Psychodynamic Approaches).

تحاول هذه التوجهات أو المنطلقات تحديد الآليات "الميكانزمات" النفسية التي تفسر الكيفية التي تصبح فيها الأفكار الزورية ثابتة في العقل أو التفكير، ونبدؤها بفرويد بطبيعة الحال.

أعتقد فرويد(Freud,1915,1 ,1956) أن الزور(البارانويا) شكل من المثلية الجنسية أو الحب"اللوطي". وانها تصيب الرجال، وتنشأ في مرحلة الطفولة حيث يشعر الطفل بمشاعر مثلية جنسية(Homosexual) نحو والده، فيقوم بدفعها إلى اللاشعور، وتبقى فيه لتعاود الظهور في مرحلة الرشد عندما يواجه الرجل أزمة إنفعالية، حيث تتقلب إلى شكوك وأوهام، تأخذ صيغة الآلية الدفاعية المتمثلة تحيداً بالإسقاط، يتم فيها عزو الرغبات والدوافع غير المقبولة إلى شخص آخر، في سبيل المثال، إن الرجل الذي يعاني من الغيرة الزورية الشديدة، "Paranoid Jealousy" هو في حقيقته يكون غير قادر على الإعتراف بأنه يحب شخصاً آخر، فيقوم بعكس مشاعره على زوجته، ويصبح مقتنعاً بأن زوجته هي التي تحب ذلك الشخص.

وهناك من الدراسات ما يؤيد ذلك، فلقد عرض زمانسكي (Zamansky,1958)أزواجاً من الصور لرجال ونساء على مجموعتين من الرجال، الأولى من المصابين بالفصام الزوري

(Paranoid Schizophrenics)، والثانية من غير المصابين بهذا الإضطراب فوجد أن المجموعة الأولى تقضي وقتاً في النظر إلى صور الرجال، أطول من الوقت الذي تقضيه في النظر إلى صور النساء لكل "زوج" صورة رجل وصورة امرأة" من هذه الصور، فيما أمضت المجموعة الثانية وقتاً أطول في النظر إلى صور النساء (فيMahl,1971,P,125).

وتوصل ستيرن لاف(Sternlaff,1964) إلى نتيجة مماثلة عندما عرض صوراً لنساء أو رجال بشكل منفرد، على مجموعة من الرجال المصابين بالفصام الزوري ومجموعة من الرجال المصابين بالإكتئاب الذهاني، فضلاً عن ذلك فإنه عرض على المجموعتين صوراً غامضة لرجال ونساء فوجد ان الرجال المصابين بالزور أدركوا معظم هذه الصور على أنها صور لرجال، وبفرق جوهري بالمقارنة مع الرجال المصابين بالإكتئاب (في:Mahl,1971, P125,).

ويعلق(Mahl,) على ذلك بقوله: إن هاتين الدراستين التجريبيتين، ودراسات تجريبية أخرى مماثلة، تدعم فرضية فرويد القائلة بأن المصابين بالزور"Paranoia" يعانون من صراع مثلي جنسي"لوطي" لا شعوري(P ،126). فيما يعلق "فنكستين" بخصوص هذا الموضوع، بقوله: إن وجهة نظر التحليل النفسي هذه تواجه أشكالية هي أن الكثير من المصابين بالزور يكونو على دراية أو معرفة شعورية بميولهم المثلية الجنسية(Fenigstein, 1996, P,254)، (في:Costello,1996).

وعليه، فإن نظرية فرويد بخصوص المثلية الجنسية أو اللوطية غير الشعورية(Unconscious Homosexuality) هي، من وجهة نظر الأدبيات الحديثة، يعتريها ضعف كبير، غير أن آلية الإسقاط ما تزال معترف بها على أنها "ميكانزم" أساسي يستعمله المصابون بالزور ليدافعوا به ضد مشاعرهم ودوافعهم غير المقبولة (Millon,1981,Shapiro,1965) فهم، على سبيل المثال يفسرون إحساسهم بالعجز بقيود يفرضها الآخرون عليهم، ويحولون الأفكار النقدية الخاصة بالذات إلى معتقد بأن الآخرين هم الذين يوجهون النقد إليهم، وهم برؤيتهم الآخرين على أنهم عدائيون، فإنهم يبررون بذلك مشاعرهم في كونهم مهددين.

ويقدم شابيرو إفتراضاً نختم به هذا الموضوع، خلاصته ان المصابين بالزور يكسبون، من خلال إسقاط الآخرين ما هو حقيقة واقعة في داخلهم لا تكون الذات قادرة على

الإعتراف بها، فإنهم يستفيدون من ذلك بخفض مشاعر الذنب لديهم، ويدافعون ضد الصراعات الداخلية ويعيشون خبرات أقل نكداً وكرباً(Shapiro,1965).

-التوجهات التكوينية والعلاقات الشخصية:

:Development and Interpersonal Approaches

طرح كولبي(1981و 1977) إنموذجاً معرفياً- سلوكياً(Cognitive-Behavioral Model) له صلة بوجهة النظر النفسية الدينامية من حيث توكيده الأليات الدفاعية، فقد افترض هذا الأنموذج أن الزور"البارانويا" هي في الواقع مجموعة من الإستراتيجيات المبنية لغرض الدفاع ضد مشاعر الخجل والإحراج، ذلك أن الأفراد المصابين بهذا الإضطراب هم في الواقع يشعرون بالضعف أو عدم القدرة على تحمل المستويات العالية من الإذلال والخجل، بسبب اعتقاد قوي يحملونه في داخلهم بأنهم غير كفوئين وتافهين، وبخاصة في المواقف التي يكونون فيها موضوعاً للسخرية، أو الإتهام الباطل، وبدلاً من قبول اللوم والخذل الذي يلحق بذواتهم، فإنهم يلومون شخصاً آخر ويدعون أنهم كانوا الضحية، ويفترض كولبي أن الغضب والقلق الذي ينتج من عزو المشكلات إلى إضطهاد يمارسه أفراد حاقدون، هو أهون- على المصاب بالزور- من الإذلال الذي يشعر به في حالة اعترافه بمسؤوليته عن الأحداث.

والإفتراض الأساس لهذا المنظور هو ان حياة المصابين بالزور ممتلئة بالفشل في المواقف الحياتية المهمة، وأنها ناجمة، في الغالب، عن التصلب والإحساس بالجور الإجتماعي، متأتية من عدم قدرتهم على فهم الكيفية التي يجعلون فيها الآخرين بعيدين أو غرباء عنهم، وأن تعرضهم المستمر إلى الرفض أو النبذ أو السخرية، يبرر لهم خوفهم من التقويم السلبي (Livesley & Schroeder,1990) والحساسية المفرطة إزاء النقد، والعزلة الإجتماعية(Turkat & Maisto) والشعور بعدم الكفاءة أو الكفاية، التي يرى فيها كولبي أنها الأساس في الإستراتيجية المعرفية لدى المصابين بالزور(Colby,1981).

ونستنتج من ذلك أن كولبي يحدد ثلاثة عوامل أساسية في شخصية المصاب بالزور هي: الفشل، والشعور بالدونية(النقص)، واحترام واطئ للذات.

وهناك توجه آخر في المنظور نفسه يركز في دور الفشل الشخصي ويعزوه إلى مرحلة الطفولة وأساليب التنشئة الأسرية، ويرى أن المصابين بالزور كانوا في طفولتهم يوصفون بأنهم إنعزاليون، " سرّانيون"، شكوكون، عنيدون، ويمتعضون من العقوبة، وأنهم نادراً ما

كانوا يلعبون مع الأطفال الآخرين، ولم يحصلوا في تنشئتهم الأسرية على الدفء والعطف والعلاقات الحميمة(Bohnert &Smith.1970,Sawanson) وأن تاريخهم الأسري يشير إلى انه يتصف بسيطرة أحد الوالدين أو كليهما، وسوء المعاملة، ونقص في الحب، ينتج عنها نقص في الثقة (Cameron,1974,Turkat,1985).

وقد وجد (Turkat,1985) من ملاحظته العيادية أن التفاعل المبكر للطفل مع والديه كان مصدراً رئيساً لتدني احترام الذات، وأنه بنموه، يتشكل لديه الإحساس بأنه مراقب من قبل الآخرين، الذين يذكرونه بوالديه المسيطرين واللذين كانا يضعّان له أهدافاً يراها غير معقولة، ويطالبانه بالكثير، ويحيرانه في آرائهم المتقلبة، وانه بسبب هذه التنشئة في طفولته، فإنه يتعرض، في رشده، إلى الفشل الإجتماعي الذي يؤدي إلى خفض في مستوى احترامه لذاته، والعزلة الإجتماعية وعدم الثقة.

وإذا كان التوجه أعلاه يركز في مرحلة الطفولة، فإن منظرّين آخرين ركزوا في مرحلة عمرية لاحقة، يقولون انه ينشأ فيها نظام من المعتقد الزوري الثّابتFixed(1962، Lemert). فيما أن المصابين بالزور يتصفون بالتصلب والشك والشعور بأهمية الذات، فإنه من المحتمل أن يصبحوا هدفاً إلى تمييز فعلي وسوء معاملة، وهذا يدفعهم إلى أن يظلوا يبحثون عن دليل، واقعي أو متخيل، بأنهم مضطهدون. وهم، بسوء التفسير هذا، يضعون انفسهم في دائرة مقلقة، فهم يعتقدون بأن الآخرين يكيدون لهم أو يتآمرون عليهم، فينتج عن هذا الشعور، بالعداء وممارسة السلوك الدفاعي من قبلهم. وهذا يثير في الآخرين الإنزعاج والغضب ويظل السلوك يدور في هذه الدائرة المغلقة.

ويرى (1963، Cameron)، (1978، Meissner) أن الفشل لايكون بسبب عدم الكفاءة الشخصية، إنما بسبب شعور المصاب بالزور بوجود تآمر أو مكيدة ضده، ولهذا فإنه ينظم الناس من حوله كما لو كانوا جماعة تعمل على اضطهاده، وأنه الضحية، ويعمل على تقوية نظامه المعتقدي هذا.

-**التوجهات المعرفية**Cognitive Approaches:

تتنوع التوجهات المعرفية بشأن موضوع البحث، ولنبدأ بنظرية ماهر(1988، 1974، Maher)، فلقد قدم فيها افتراضات مثيرة للإهتمام، والجدل أيضاً، مفادها أن الأوهام(Delusions) هي نتيجة محاولة معرفية لتفسير خبرات حسية غير صحيحة، أو ضالة او منحرفة، ويستشهد بقوله ان البحوث أشارت إلى أن الأفراد الذين

يفقدون بصرهم او سمعهم، بسبب إما شكوكهم القوية أو محاولتهم لإنكار هذا الفقدان، قد يستنتجون أن الآخرين يتآمرون لإخفاء أشياء عنهم (Zimbardo, Anderson & Kabat ،1981). كما ان خبرة الكثير من المسنين المرضين للإصابة بالزور، تقدم دليلاً عملياً عن هذه الظاهرة(1984، Chirstenson & Blazer). فبسبب عدم قدرتهم البدنية او تعرضهم للعزلة الإجتماعية، فإن هؤلاء الأفراد يكونون حساسين جداً. ويحدث لهم أن احاسيسهم الواقعية قد تنقلب إلى زور (Paranoia) من خلال عدم اعترافهم بفقدانهم لسمعهم، بمعنى أن درايتهم بانفسهم على انهم ضحايا ممكنة لأقارب يشمين او مجرمين تافهين، المصحوب بإحساسهم المتزايد بأن الآخرين يتهامسون، ربما يسهم في نمو الشك لديهم بأن الآخرين يتهامسون بخصوصهم، أو ربما يخططون للإيقاع بهم، وعندما ينكر الآخرون، ويغضب، هذا الإتهام، فإن هذا يعزز الإعتقاد لديهم بوجود مكيدة حقيقية ضدهم، ويدخل الطرفان في دائرة العداء وعدم الثقة.

ويعلق فنفشتين بقوله بأن الإفتراض العام من أن الخبرات المشوهة أو الشاذة أو غير السوية، التي ربما تكون الأساس في الزور(Paranoia) يفترض بأن العمليات المنطقية تقود إلى استنتاجات غير منطقية(752، P في 1996: Fenigstein)(Costello ،1996).

بمعنى، أن العمليات المعرفية التي بموجبها تتكون أو تتشكل المعتقدات الوهمية، تكون مشابهة جداً للإجراءات التي تتشكل بها المعتقدات السوية، أي أن الأوهام(Delusions) هي ليست ناتجة عن تفكير مضطرب، إنما تنشأ بسبب إحساس شاذ(Abnormal Sensory) أو خبرات إدراكية غير سوية، ولأن هذه الخبرات الشاذة أو غير السوية تحتاج إلى تفسير، فإن صاحبها يضع لها افتراضاً ويختبرها على صعيد الواقع، وذلك بانتقاء أحداث تعزز "بصيرته" الوهمية(1992، 1988، 1974، Maher).

وإذا كان ماهر(Maher) أكد المدركات الشاذة أو غير السوية، فإن برنستين وزملاءه(Bernstein et. Al ،1993)اكدوا على الضغط (Stress) والحاجة إلى السيطرة. ذلك أن التفكير الزوري في حالاته الحادة، يعبر عن نفسه أحياناً عند حدوث تغيرات موقفية أو إجتماعية مشحونة بالضغوط، ومفاجئة، من قبيل:الهجرة، الحرمان الإقتصادي، السجن، الخدمة العسكرية الإجبارية، وحتى الإضطرار إلى مغادرة البيت. مرتبطة بعزلة إجتماعية حادة، وغير مألوفة مع قواعد السلوك المناسب، فضلاً عن الإحساس الحاد بالإستغلال، والفقدان العام للسيطرة على الحياة.

إن المصاب بالزور يقوم بترحيل اللوم من الذات إلى الآخرين، في كل ما يواجهه من صعوبات، فهو يعتقد بأن الآخرين هم المسؤولون، دوماً، عن نكده وكربه، وبما أن هذا المعتقد ليس صحيحاً من الناحية الواقعية، فهو يعمد إلى أن يجعل للواقع نظاماً ومعنى بطريقته الخاصة، تمكنه من السيطرة عليه، فهو، مثلاً، لايعتقد بأن الكوارث الطبيعية أو الحوادث غير المقصودة تحمل بصورة عشوائية، فما يحصل، وبخاصة ما يجري حوله من أحداث، تكون بفعل فاعل، وأن هذا الفاعل لا بد أن يكون عدواً. وهو "باختراعه" هذا العدو، فإنه يحمله اللوم في كل ما أصابه ويصيبه من آذى ونكد، ويفرض، بهذه الطريقة "المعرفية"، شكلاً من النظام وشيئاً من المعنى على الواقع الذي يعيش فيه.

وهناك تفسير آخر مشابه لما طرحه سوانسون وزملاؤه(Swanson et. Al ،1970) يقوم على "التحيزات في عملية المعلومات (Biases in Information Processing). فهم يرون أن ردود أفعال المصابين بالزور التي تنتظم في عملية معرفية تأخذ شكل نظام وهمي، لا تختلف عن النزعات المتحيزة لعدد كبير من الأفراد الذين يمتلكون أنظمة معتقدات قوية، تركز على إنتقاء أحداث تتساوق ومعتقداتهم، ويعمدون إلى تضخيمها أو تحريفها أو تشويهها.

والذي يحصل أن المصابين بالزور عندما يبدأون يشكون بأن الآخرين يعملون ضدهم، فإنهم يأخذون بملاحظة حتى الأشياء البسيطة والإشارات الخفيفة التي تصب في اتجاه شكوكهم، ويهملون كل الأدلة الأخرى في الإتجاه المعاكس، وهم باعتمادهم على هذا الإطار المرجعي، وبخاصة لدى الذين يتصفون بدرجة عالية من التنافس، فإنهم يجدون في الأمر سهولة تريحهم، بأن ينتقوا من الأحداث ما يتدمج مع أوهامهم، بغض النظر عن كون هذه الأحداث بريئة أو خالية من سوء النية.

ويشير سوانسون وزملاؤه إلى ما كنا أشرنا إليه، بأن الأمر ينتهي إلى دائرة مغلقة. فالشك يقود إلى عدم الثقة وتوجيه النقد إلى الآخرين، فيضطر الآخرون إلى الإبتعاد عنهم. وهذا يجعل المصابين بالزور في احتكاك مستمر بالآخرين، يتولد عنه أحداث جديدة، يعمدون إلى تشويهها وتضخيمها.

-الزور والتمركز على الذات:

حاول باحثون آخرون تناول الموضوع ليس من مسألة الكيفية التي تتكون بها المعتقدات لدى المصابين بالزور، بل من مسألة منشأ المعتقدات الزورية، وذلك بالتركيز على تحليل التفكير الزوري(Paranoid Thought). فماكارو(Magaro ،1980) مثلاً، يرى أن جوهر

الزور هو الاختلال الوظيفي في القدرة على تحديد معاني الأحداث وفهم أسبابها، فالعمليات المعرفية تعمل في العادة بشكل منطقي ومعقول وموضوعي، إلا أن هذه التقديرات أو التقويمات الموضوعية، تكون لدى المصاب بالزور مركبة في التفسير والأحكام، لكونهما لا يحملان إلا القليل مما له صلة بالواقع، ولأنه يجعل لها إطاراً مرجعياً واحداً هو الذات، فهو يفسر أي حدث من حوله على أن له صلة بذاته، فعلى سبيل المثال، إن ضحك الآخرين ومناقشاتهم، الذين يكونون على مسافة منه، يفسره بأنه موجّه نحو ذاته، وأن هؤلاء هم حاقدون وخبثاء.

إن مسألة الوعي المفرط بالذات أو التمركز على الذات(Self-Focus)كان قد أشار له كريلن(1965، Kraepelin) في وصفه للزور، وأكده باحثون لاحقون(1965، Millon &Everly, 1985, Shapiro)، اتفقوا على ما توصل إليه كريلين بأن الوعي القوي بالذات هو الجزء المتأصل أو المتضمن في الطبيعة الأساسية للشخصية الزورية، ويشير لانج(1969، Laing)، في السياق نفسه، إلى ان وعي الفرد بذاته (Self-Conscious)إذا جعل منه موضوعاً يهتم به الآخرون، فإن الأمر يقود إلى مضاعفة الإحساس الزوري، الذي يعني أنه أصبح مراقباً من الآخرين، وموضوعاً لإهتمامهم.

ولقد أفادت البحوث التي تناولت موضوع الانتباه المركز على الذات بضرورة التمييز بين الدراية أو المعرفة المتعلقة بالجوانب الداخلية للذات (Internal) من قبيل الأفكار والمشاعر الشخصية، وبين الدراية أو المعرفة بالذات بصفتها موضوعاً إجتماعياً، (1975، Buss & Scheier، Fenigstein، 1981، Caver & Scheier 1987، Fenigstein). فعندما يكون الانتباه متوجهاً نحو الخارج، أي الجوانب الظاهرة أو الإجتماعية للذات التي يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين، فإن مضامين الزور قد تكون أكثر ووضحاً، وتحديداً عندما يجعل الفرد من ذاته مرجعاً لتفسير سلوك من حوله، ويدرك نفسه كما لو أنه أصبح هدفاً لآخرين يحملون له الحقد والضغينة.

وخلصت الدراسات التجريبية التي أجراها(1993، Fenigstein، 1992، Vanable & Fenigstein).إلى نتيجة مفادها، أن الأشخاص الذين ينشغلون بذواتهم بوصفهم موضوعات إجتماعية ولديهم إحساس عالٍ بوعي الذات العام(Public Self-Consciousness) يواجهون صعوبة في تجنب الإستنتاج بأن الآخرين يفكرون بهم، وأن الأحداث لها صلة بهم، وتوصلت الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية قوية(0.40) بين مقاييس الوعي العام بالذات والزور التي

تقيس: الشك، وافكار الدلالة ،والشعور بكون الفرد ضحية (1992، Vanable & Fenigstein). وواضح أن هذه التفسيرات تدخل ضمن المنظور الظواهري، وفي ضوء ذلك لنحاول رسم أو تحديد مخطط للذات عند الشخص المصاب بالزور(Paranoia).

إن ما استعرضناه، سواء على صعيد البحث او النظرية، ركز على الزور(البارانويا) كما لو كانت نظاماً من التفكير(System of Thought) تكون فيه المدركات وتفسيرات الأحداث وظيفة للتفكير المركز على الذات، وتكون منحازة نحو الاهتمامات والمنظورات الذاتية، والسؤال الذي يثار في هذا الموضوع هو: لماذا يكون المصاب بالزور ميالاً أو نزاعاً بمثل هذه الدرجة العالية نحو الانتباه إلى الذات(Self-Athention))، وما الذي يجعله يوجه انتباهه إلى الداخل؟ والجواب يمكن أن نجده في تحليلنا وفهمنا لطبيعة مخطط الذات(Self-Schema) عند المصاب بالزور.

كان الباحثون يرون بأن طبيعة التفكير الزوري تكون متصلبة ومتحيزة، ومسيطر عليها بتوقعات ثابتة، وبحث متكرر يهدف فقط إلى توكيدها (Shapiro،1965) وهذا كما يشير فينفشتين(Fenigstein،1995،b)يتساوق مع الفكرة المتعلقة بمخطط الذات، التي اشار إليها الباحثون المحدثون (Fiske & Taylor,1991,Nisbett& Ross ،1980)، وتوكيدهم أن التفكير الزوري يكون متمركزاً على الذات، وأن الذات هي الدلالة المرجعية لهذا التفكير، وعليه افترض عدد من الباحثين بأن المصابين بالزور قد يعملون على وفق أسس تكون بارزة، وانتباه يكون تاماً، متعلقة بمخطط الذات لدى كل منهم، وأنهم ينظمون أفكارهم حول قضيتين أساسيتين هما: التهديد والسقوط بيد العداء (1991، Fenigstein ،1995،Fiske & Taylor,). وانه من دون تحديد دقيق لمناشيء المعتقدات الخاصة بمخطط الذات لدى المصاب بالزور، التي ربما يكون اكتسبها من تعليمات خاطئة، أو تنشئة غير صحيحة، فإن تفسيراً آخر يفرض نفسه هو ان مخطط الذات إذا كان نشطاً لدى المصاب بالزور، فإنه يحاول انتقاء المعلومات التي تنسجم مع ذلك المخطط، الأمر الذي يقوده إلى المبالغة أو سوء التفسير، وبما أنه لا يكون منتبهاً أو لا يريد الإعتراف بأنه يبالغ أو يسيء التفسير، فإنه يعمد إلى التمسك بالمعلومات (التي بالغ فيها أو أساء تفسيرها) لتكون منسجمة مع مخطط الذات لديه حتى لو كانت مشوهة.

إن مفهوم المخطط الزوري(Paranoid Schema) جرى اشتقاقه إلى حد كبير، من توجهات العملية المعلوماتية المعرفية(Cognitive Information- Processing) في مجال دراسة

الأمـراض النفـسية(Beck & Freeman، 1990) الـتي أكـدت دور المخططـات الثابتـة والخاطئـة، أو التراكيـب أو البنـى المعلوماتيـة، في عمليـة تنظـيم الأفكـار والمـدركات والانفعالات. وهذا التوجه كان مهتماً أساساً بالأسباب والأعراض المتعلقة بالأعراض السلبية للإنفعالات من قبيل الكآبة أو القلق(1976، 1967، Beck). ومع ذلك فإن الزور(البارانويا) كان جرى وصفه على أنه تفكير مضطرب مسيطر عليه مسبقاً وليس متأثراً، وعليه فإنه قد يصعب على التحليل المعرفي، ويبدو ان المنظور القائم على مخطط الذات ينطبق على الزور، بمعنى أن الخاصية المميزة للتفكير الزوري ليست فقط في ضعف أو عدم القدرة الفرد على التعامل وظيفياً مع البيئة، بل لأن هذا التفكير يتصف بالتصلب أيضاً. وأن الشك الزوري يكون بشكل مزمن ومفروض وبحالة لا تقبل الاستثناء. وأن المصاب بالزور يتفحص المعلومات بشكل متميز وغير عادي، ويطرد كل معلومة يراها غير منسجمة، أو لا تتساوق مع ما هو موجود في تفكيره، ويلتقط أية إشارة مهما كانت بسيطة ما دامت مزيدة لما في مخططه المعلوماتي، لتؤلف بمجموعها منظوره المعرفي الإعتيادي(Fiske & Taylor، 1991).

تلـك هـي أهـم النظريـات النفـسية في أسـباب الـزور (البارانويـا). امـا المنظـور الحياتي(البيولوجي) فإنه بالرغم من وجود بحوث قليلة نسبياً بخصوص دور الوراثة في أسباب الزور(Paranoia)، فإن الدراسات الخاصة بالأسرة تشير إلى أن ملامح أو خصائص إضطراب الشخصية الزورية غالباً ما يحدث بشكل غير متجانس أو متكافئ بين الأقارب الذين لديهم أما إضطراب الوهم أو الفصام الزوري. وتفترض هذه الدراسات بأن هذه الإضطرابات تجمع بينهما أعراضاً أو خصائص مشتركة، وعليه فإن العامل الوراثي يمكن أن يكون له دور تفسيري في أسباب الزور، بالرغم من ان النتائج، وبخاصة في موضوع الفصام، ما تزال غير متسقة(Kender & Gruenberg, 1982: Kendler, Masterson Dauis ، 1985.)

أما فيما يخص الكيمياء الحياتية(Biochemistry) فلم تتوصل البحوث إلى وجود علاقة بينها والأوهام أو التفكير الزوري، على انها أشارت إلى أن الأعراض الزورية تكون في بعض الأحيان ناجمة عن أمراض جسمية، أو أمراض تصيب الدماغ، أو من جراء تعاطي المخدرات (Manschreck & Petri, ، 1978). وبما أن سوء استخدام العقاقير قد يقود إلى أعراض زورية، فإن الباحثين افترضوا وجود إمكانية للكيمياء الحياتية بوصفها عاملاً تفسيرياً لأسباب الزور، غير أن هذا الإفتراض ما يزال يحتاج إل المزيد من البحوث التجريبية والسريرية، لأن الدليل الامبريقي ما يزال محدوداً. وربما لهذا السبب أيضاً، صعوبة تشخيص

الأسباب، فإن علاج الزور ما يزال صعباً جداً، ولهذا حاول عدد من الباحثين إيجاد مخرج لهذا المأزق سواء على صعيد التنظير أو التشخيص أو العلاج، ومن بينهم(Manschreck ،1979 ،1995 ،1999).

وخلاصة ما يريده "ما نشريك" هو اعتماد مصطلح إضطراب الوهم (Delusional Disorder) بديلاً لمصطلح(Paranoia) ويصنفه إلى خمسة أنماط هي:-

1. النمط الشهوي الهوسي، أو العشق الهوسي(Erotomanic Type). ويعني اعتقاد المصاب به بأنه في علاقة حب سرية مع شخص مشهور، ويوجد بين النساء أكثر من الرجال(تصاب به فتيات بعشق مطربين أو رياضيين أو نجوم سينما).
2. نمط العظمة(Grandiose Type): وغالباً ما يلقي المصابون به مواعظهم في الشوارع، ويحاولون الإتصال بأشخاص وهيئات مرموقة.
3. نمط الغيرة(Jealous Type): ويسمى بعرض أو عقدة عطيل، حيث تكون الغيرة مرضية شديدة.
4. النمط الإضطهادي(Persecutory Type): ويعد النمط الكلاسيكي للزور(Paranoia) وأكثر إضطراب الوهم شيوعاً.
5. النمط الجسماني(Somatic Type): ويتركز في اعتقاد المريض بأنه مصاب بمرض جسمي، فيسعى إى مراجعة طبية مستمرة، ويطلق عليه أيضاً"توهم المرض"(Hypochnoddriasis).
6. النمط غير المحدد(Unspecified Type). وهذا قد يظهر في أكثر من نمط وهمي(Manschreck, 1995, P ،213).

ويشير "ما نشريك" إلى ملاحظة عملية ونظرية مهمة، هي أن المصاب بالوهم الذي يبدو غير سعيد، وغاضب، وخائف جداً، وأن حالته غير مصحوبة بأعراض إضطراب المزاج. فإن الطبيب المعالج يشخصه على أنه مصاب بالزور(Paranoia). أما الآن فإنه يتم تشخيصه على انه مصاب باضطراب الوهم(Delusional Disorder). وهو المصطلح الجديد لتشخيص هذه الحالة التي يرى فيها أنها إضطراب أقل شيوعاً وأقل حدة من الفصام، وأن المصابين به غالباً ما يبقون في المجتمع، وينظر إليهم على أنهم غريبو الأطوار(Eccentric) أكثر منهم مرضى (Manschreck, ،1999).

ويحدد الباحث نفسه، مع اعترافه بأن اضطراب الوهم هو مجموعة من الحالات (Conditions) غير معروفة الأسباب، ثلاثة مبادئ لقياس أو تقدير هذا الإضطراب، هي: أولاً، تحديد الخصائص المرضية الخاصة بالإضطراب، ثانياً: تحديد الخصائص المهمة المصاحبة له، وثالثاً: اعتماد التشخيص التفريقي المنظم.

ويقترح ثلاثة أساليب لعلاج اضطراب الوهم هي: العلاج النفسي (Psychotherapy) وذلك مع المرضى الذين يوافقون على العلاج، ويعانون من الضغوط او العزلة الإجتماعية أو ضعف في الأجهزة الحسية، ويتلقون برامج في العلاج المعرفي لتعديل التفكير الوهمي لديهم، فيما يكون الأسلوب الثاني باستعمال العلاج الدوائي (Pharmacotherapy) وبخاصة مضادات الكآبة ومضادات الذهان، أما الأسلوب الثالث في العلاج فيكون بإدخال الحالات الخطرة منه في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية.

المصادر

- صالح، قاسم حسين(2000)، التفكير الإضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية، كلية الآداب، جامعة بغداد، (أطروحة دكتوراة غير منشورة).

-American Psychistric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd,.ed).Washingtion, D. C: Author.

-Botzin, R. R. & Acocella, J.R.(1984). Abnormal Psychology. Random House, New York.

-Costa, P.T.& Widiger, T.A. (1994). Personality Disorders. (APA).

-Costello, C.G. (1996). Personality characterestics of the personality disorders. New York: John Wiley & Sons, Inc.

-Fenigsten, A. (1995). Paranoid thought and schematic Processing, New York.

-Millon, T. (1981). Disorders of personality. New York: Wiley.

-World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva : Oxford University Press.

الفصل الثالث عشر

إضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع (السايكوباث)

تتعدد وجهات النظر بخصوص إضطراب الشخصية(Personality Disorder) غير أننا سنعتمد المرشد الطبي النفسي الأميركي بصورته الرابعة(DSM-IV) الذي يعد مع التصنيف الصادر عن منظمة الصحة العالمية(WHO) أهم مرجعين لتصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية.

ينظر المرشد الطبي النفسي الأميركي إلى إضطرابات الشخصية على النحو الآتي:"إن سمات الشخصية أنماط ثابتة في إدراك البيئة والعلاقة بها والتفكير بشأنها وبخصوص الفرد أيضاً، وهي تتبدى بمدى واسع من السياقات الإجتماعية والشخصية المهمة. وعندما تصبح سمات الشخصية غير مرنة وغير متكيفية، وتسبب إما ضرراً جوهرياً في الوظائف الإجتماعية أو المهنية، أو تعاسة ذاتية، عندما يطلق على هذه الحالات، إضطرابات الشخصية، وتبرز مظاهر إضطرابات الشخصية، بشكل عام، في مرحلة المراهقة وما قبلها، وتستمر خلال معظم حياة الراشد، بالرغم من أنها تصبح أقل وضوحاً في منتصف العمر أو في الكبر"(DSM-III,P ،305).

وترى الأدبيات الأحدث أن أعراض هذه الإضطرابات تظهر على الأقل في مجالين من الآتي:

1.المعرفي، 2.الوجودي، 3.العلاقات الشخصية، 4.السيطرة على الدراية، وأنها من أصعب الإضطرابات في العلاج(Helgin & ، Whitbourne 2003,P,364).

وقد أضاف(DSM-IV -TR) معيار: الجوانب السلوكية للتشخيص، الذي يتضمن السلوك الساذج والضار بالسمعة، والتصرف الذي يتصف بالتلاعب والمناورة.

وقد ظهرت مفاهيم حديثة بديلة لإضطرابات الشخصية قائمة على نظريات الشخصية السوية، يرى أحدها أن إضطرابات الشخصية ما هي إلا صور أو نسخ متطرفة من العوامل الخمسة الكبار لسمات الشخصية، ويرى البديل الأخر لها تقاطع بين بعدي السيطرة مقابل الإذعان، بمعنى أن إضطرابات الشخصية يمكن ان تكون تباينات أو اختلافات متطرفة في هذه السمات ناجمة عن تقاطع هذين البعدين(Nolen-Hoeksema,2001,P,403).

وكما يتبين من هذا الوصف فإن هناك اختلافات كبيرة بين إضطرابات الشخصية والقلق والإضطرابات النفسية الجسيمة وإضطرابات التفكك، من حيث كونها يمكن أن تحدث في أية مرحلة عمرية، وان المعانين منها يكونون على دراية بها وغالباً ما يشعرون بتعاسة حادة وكرب شديد، أما إضطرابات الشخصية فهي عادات من التفكير والسلوك ثابتة نسبياً ولها تاريخ طويل قد يتعدى المراهقة إلى الطفولة، وعندما تسبب عدم سعادة للفرد، فإن عدم السعادة هذه تكون أشبه بوجع أو ألم خفيف مألوف وليس ألماً حاداً، ولهذا تجد المصاب بإضطراب الشخصية يتحدث كثيراً عن متاعبه وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته، ومع ذلك فإنه لا يراجع أخصائياً نفسياً إلا عندما يتعرض لحدث ضاغط او أزمة لا يجد لها حلاً. وهناك فرق مهم آخر، فبينما تتضمن الإضطربات الإنفعالية (القلق وإضطرابات التفكك والإضطرابات النفسية الجسمية) إنفعالاً معيناً وسلوكاً محدداً(مثل:الخوف من الكلاب، فقدان الذاكرة..) فإن إضطرابات الشخصية تكون أكثر شمولاً. وكما يستدل عليها من اسمها فإن المشكلة تتعلق بالشخصية ككل من حيث الفكر والسلوك ويمكن وصفها بأنها:1.تبدأ جميعها قبل مرحلة الرشد.2.مزعجة للفرد والآخرين ،3.صعبة جداً في العلاج.

وتصنف الأدبيات الحديثة الصادرة بعد عام2000، إضطرابات الشخصية إلى عشرة انواع، موزعة على ثلاثة محاور أو فئات على النحو الآتي:-

أولاً: إضطرابات الشخصية الغريبة الأطوار، وتشمل:الزورية(البارانويا)، والفصامية النموذجية، وعرضها الرئيس هو انماط من السلوك والأفكار الشاذة.

ثانياً: إضطرابات الشخصية الدرامية- الإنفعالية: وتشمل: المضادة للمجتمع، والهستيرية، والنرجسية، والحدية(البين بين). وعرضها المميز هو:السلوك الدرامي المتصف بالإنفعال في علاقاتها الشخصية.

ثالثاً: إضطرابات الشخصية القلقة- الخائفة: وتشمل: التجنبية، والإعتمادية، والوسواسية- القسرية، وعرضها المميز هو:الخوف أو القلق المتطرف بخصوص أن تكون الشخصية موضع نقد، أو هجران من قبل الآخرين.

ونميل إلى تصنيف الإضطرابات النفسية والعقلية، من حيث آثارها، إلى صنفين هما:"إضطراب البعد الواحد"، و"إضطراب البعدين"، ونعني بالأول أن آثارهما تكاد تكون محصورة بالفرد المصاب بها، ومن امثلتها القلق والكآبة، حيث ينحصر ألمها وأذاها

بصاحبها بالدرجة الأساسية، فيما لا تنحصر آثار "إضطرابات البعدين" بالفرد فقط، بل تتعداه إلى المجتمع أيضاً، ومن أمثلتها "الإدمان، الشذوذ الجنسي..والسلوك المضاد للمجتمع، ولهذا حظي هذا النوع من الإضطرابات بأهمية إضافية من الباحثين في السنوات الأخيرة، وبخاصة إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، الذي يكاد أن يكون حالة شائعة في كل المجتمعات، إذ أن(1٪) من الإناث و(3٪) من الذكور في المجتمع، بشكل عام، مصابون بهذا النوع من الإضطرابات، فضلاً عن أن هذا الإضطراب يتضمن نشاطاً إجرامياً ولهذا فإنه يكاد يكون القضية الجوهرية الوحيدة التي تربط بين علم نفس الشواذ والجريمة.

-التصنيف الطبي النفسي للسلوك المضاد للمجتمع:

يشكل موضوع العلاقة بين الإضطراب النفسي والسلوك المضاد للمجتمع(Antisocial Behavior)، فضلاً مغرياً للقراءة في تاريخ علم النفس، فلقد تغير المصطلح من السايكوباث Psychopath" إلى "السوشيوباث Sociopath" واخيرا دمج المصطلحان بمصطلح واحد هو "السلوك المضاد للمجتمع Antisocial Behavior"، أو الشخصية المعادية للمجتمع. ولنشوء هذه المصطلحات قصة، فقبل حوالي مائتي سنة كان المجرمون يعاملون على أنهم مجرمون خالصون مع تفكير بسيط بحالاتهم النفسية، ويحلول القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، بدأ أطباء نفسيون أمثال بينيل(Pinel) في فرنسا ورش(Rush) في أمريكا يتأملون حالات معينة من السلوك اللاأخلاقي والإجرامي على انها حالات خفيفة من المرض العقلي، وفي عام(1835) طرح الطبيب النفسي الأنكليزي ريشارد(Richard) مصطلحاً جديداً هو "الخبل الأخلاقي Moral Insanty" ووصفه بأنه "شكل من الوشوشة أو الخبل العقلي تبدو فيه الوظائف الذهنية غير معطلة، ولكن متأزرة قليلاً، فيما تكون الأخلاق أو المبادئ الفعالة للعقل مشوشة أو تالفة بشكل غريب(Bootzin & Acocella, 1984,P, 254).

وفي أواخر القرن التاسع عشر أصبح يطلق على هؤلاء الأفراد مصطلح "السيكوباث Psychopaths". ولأنه شاع في ذلك الزمن المنظور الحياتي- الطبي(يعزو الإضطرابات العقلية إلى أسباب عضوية). فقد افترض أن مشكلة هؤلاء الأشخاص هو نقص أو عجز أو خلل وراثي، وتم في وقتها قبول نظرية "البّذرة السيئة" التي ظلت شائعة لمئات من السنين . ومع ظهور علم الإجتماع في القرن العشرين بدأ الباحثون يركزون في تأثير الظروف الإجتماعية، أدى إلى تغيير المصطلح من "السايكوباث" إلى "السوشيوباث "Sociopath" ليعني بذلك أن المصدر

الحقيقي لهذا الإضطراب لا يكمن في الفرد ذاته، بل في علاقة هذا الفرد بالمجتمع. وبالرغم من ان أسباب هذا الإضطراب ظلت غير محددة، فإن علم النفس الشواذ بدأ ينشغل بالسلوك المضاد للمجتمع. واستهوى بعض الباحثين هذا النوع من الإضطراب فبحثوا فيه، وعدوا من يقوم به "مريضاً Sick" بل ذهبوا إلى القول بأن جميع المصابين بإضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ليسوا مجرمين إنما هم أفراد مضطربون.

غير أن الكثير من المجرمين في الوقت الحاضر يرتكبون جرائمهم ليس بسبب انهم مصابون بهذا النوع من اضطراب الشخصية، بل لأنهم يريدون الحصول على مال أكثر، أو"ليؤدبوا" أو ينتقموا من شخص أهانهم أو غشهم في لعب الورق مثلاً... فهل يمكن أن نعدّ هؤلاء بأنهم مضطربون نفسياً؟.

لقد كان الأمر كذلك في أول مرشد طبي أمريكي(DSM)، فيما لم يكن مثل هذا في الصورة الثالثة لهذا المرشد الذي صدر في الثمانينات من القرن الماضي، إذ طرح هذا التصنيف نوعين مميزين من هذا الإضطراب، أحدهما "مرضى Pathological" والثاني" عادي Normal ".الأول هو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع الذي يحدثنا عنه في اعلاه، القائم على افتراض أن السلوك الشخصي المعادي للمجتمع هو دالة(Function) عن الإضطراب النفسي أما الثاني فهو"السلوك المضاد للمجتمع لدى الإنسان الراشد". وقد طرح له التصنيف الطبي الأميركي توصيفاً تحت"الحالات التي لا تعزى إلى إضطراب عقلي". وانه متعلق فقط بأولئك الذين لا تبدو نشاطاتهم المعادية للمجتمع مرتبطة بأي إضطراب نفسي، وهكذا تغيرت صورة"السايكوباث" و "السيوشوباث" و"السلوك المضاد للمجتمع" لتستقر بالتالي في الوسط. وأصبح ينظر إلى بعض الأفراد الذين يقومون بأفعال معادية للمجتمع على انهم" عاديون أو طبيعيون Normal" من الناحية النفسية، فيما ينظر إلى آخرين منهم على انهم ليسوا كذلك، أي أنهم شاذون، وهذا النوع الذي كان يطلق عليه"السايكوباث" وتم الآن التخلي عن هذه المفردة، هو الذي يعنينا في هذا البحث.

-خصائص الشخصية المضادة للمجتمع:

من الإفتراضيات التي كانت شائعة، افتراض مؤداه ان السلوك المضاد للمجتمع ليس سوى عرض ظاهري لسمات متأصلة في الشخصية، وعلى أساس ذلك، نظر إلى السلوك الإجرامي على انه يتبعث أو ينتج من"إضطرابات" في الشخصية، فأدى ذلك إلى أن يخصص الكثير من التنظير في علم النفس"للشخصية الإجرامية(Criminal Personality).

ولقد جرت مراجعات علمية كثيرة لتوصيف إضطرابات الشخصية. ففي سبيل التمثيل، فإن عدد إضطرابات الشخصية في التصنيف الطبي النفسي الأميركي بصورته الثانية(DSM-II) عشرة أصناف جرى إسقاط خمسة منها وإستبدالها بخمسة انواع جديدة في الصورة الثالثة منه (DSM-III) وطبقاً للصورة الثانية من هذا التصنيف الصادر في عام (1968)، عرف مصطلح الشخصية المضادة للمجتمع بأنه"يخص اولئك الأفراد غير المتربين والذين لم ينشأوا إجتماعياً بشكل سليم(Unsocialized)، وأن نمط سلوكهم يضعهم في صراع متكرر، مع المجتمع، وهم غير قادرين على انتماء له معنى سواء على الأفراد او جماعات او قيم إجتماعية، وهم- بشكل عام- أنانيون، قساة الفؤاد أو غلاظ القلوب، متحللون من المسؤولية، مندفعون، لا يشعرون بالذنب، ولا يتعلمون من التجربة ولا يتعظون من العقوبة، يلومون الآخرين، ويعطون تبريراً ظاهرياً لسلوكهم، وتحملهم للإحباط يكون واطئاً". وتم في الثمنينات(1980) إعادة هذا التوصيف في الصورة الثالثة للتصنيف الطبي النفسي الأميركي (DSM-III). ويبدو لمن يدقق فيه أنه محمل بالتنظير المبكر الذي كان طرحه علماء الإجتماع وعلماء النفس،وعلماء الجريمة، ولو عدنا إلى عام(1964) لوجدنا أن أحد الباحثين الذين انشغل جدياً بهذا الميدان، حدد عشر خصائص أو سمات للشخصية المضادة للمجتمع هي:

1.عدم القدرة على الانتفاع من الخبرة.
2.نقص في الإحساس بالمسؤولية.
3.الإندفاعية(أو التهور).
4.إحساس ضعيف بالأخلاقية.
5.نمط متواتر من السلوك المضاد للمجتمع.
6.عدم القدرة على التعلم من العقوبة.
7.عدم النضج الإنفعالي.
8.عدم القدرة على تكوين علاقات ذات معنى.
9.عدم القدرة على الإحساس بالذنب.
10.التمركز حول الذات.

(Cleckley 1964)

لكن القارئ المتمعن للأدبيات في هذا الميدان يمكن أن يحدد المعيار أو المحك لتشخيص إضطراب الشخصية المضاد للمجتمع بخمس نقاط أساسية هي:

أولاً:تاريخ من النشاط السلوكي الذي لا يقره المجتمع، يبدأ في العادة قبل سن الخامسة عشرة ويستمر في مرحلة الرشد، حيث يبدأ الفرد في مرحلة البلوغ- وقبلها في حالة الذكور- بسلوك مضاد للمجتمع يأخذ شكل التهرب من اداء الواجب، والجنوح، السرقة،الهرب من المدرسة أو البيت، التخريب المتعمد، الكذب، تناول العقاقير، و/أو سلوك سيء مستمر في المدرسة، اما في حالة الرشد، فقد يأخذ شكل السقوط الأخلاقي والإنحرافات الجنسية، التفاهة، العقاقير، وما إلى ذلك.

ثانياً: الفشل في إظهار الاتساق والمسؤولية، في العمل، العلاقات الجنسية، الأبوة أو الوالديه، والالتزامات المادية، فالشخصيات المعادية للمجتمع تفتقر إلى الثبات والإحساس بالالتزام، وتميل إلى التخلي عن العمل والزوجة والأطفال.

ثالثاً:الطيش والعدوانية تجاه ليس فقط الناس الذين يمشون في الشارع، بل وأفراد العائلة والأطفال ايضاً.

رابعاً:السلوك الإندفاعي،فعلى عكس المجرمين"العاديين"فإن الشخصيات المضادة للمجتمع نادراً ما تخطط للفعل الذي ستقوم به، فهم غالباً ما يعملون بلا هدف محدد، وأحياناً تراهم ينتقلون من مدينة إلى أخرى من دون قصد أو غرض معين، ويتساوى لديهم سرقة علبة سجائر وسرقة سيارة، حيث يتوقف الأمر على أيهما أسهل وأيهما أنفع في لحظة السرقة.

خامساً:الاستخفاف بالحقيقة وقول الصدق. فالشخصيات المعادية للمجتمع تكذب دائماً. وهو عندما يعطيك"كلمته" أو يقسم"بشرفه" فإن هذه المفاهيم لا تعني شيئاً بالنسبة له.

إن هذا الوصف المجمل بالنقاط الخمس أعلاه يسترشد به الأطباء النفسانيون الذين يعتمدون على المرشد الطبي النفسي الأميركي، ويعدّ كليكي(Cleckley) احد ابرز المهنيين والمعالجين لإضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، الذي جمع خبرته الطويلة وضمنها في كتابه الموسوم"قناع سلامة العقل "The Mask of Sanity" الذي صدر عام 1976، وقدم فيه وصفاً تفصيلياً لما كان قدمه في عام 1964، وأشار في خلاصته إلى أن الشخصيات المعادية للمجتمع تختلف عن الناس العاديين، وكذلك المجرمين "العاديين"، ليس فقط في افعالهم، بل أيضاً ليس لها قصد أو غرض يمكن فهمه، وعليه فإن سلوكهم ليس

عقلانياً، وهذا السلوك الذي لا هدف له هو الذي يجعل معظم الشخصيات المضادة للمجتمع مجرمين غير ناجحين، ويضيف "كيلكلي" بأن هذه الشخصيات تمتلك أنفعالات ضحلة جداً تتجاهل كل ما نعده نحن حالات إنسانية وإجتماعية غاية في الأهمية من قبيل الانتماء والحب والتعاطف الوجداني، لدرجة انهم لا يتأثرون مطلقاً لطفل يتركونه وحيداً في البيت، فضلاً عن ذلك فهم لا يشعرون بالقلق وتأنيب الضمير على أفعال سيئة ارتكبوها، ولا يبدو أنهم يربطون بين أفعالهم وما يترتب عليها من نتائج فالإنسان العادي- على سبيل التمثيل- يتعلم من عقوبة على فعل خاطئ ارتكبه، فلا يعيد ذلك الفعل وإن اعاده بطريقة يتحسب فيها ان لا يمسك ثانية. أما الشخصية المضادة للمجتمع فإنها تعيد الفعل الخاطئ(سرقة أو اعتداء مثلاً) مرة أخرى، وبنفس الطريقة حتى لو كانت قد عوقبت على ذلك الفعل.

إن فكرة إضطراب الشخصية هي أصلاً مفهوم نفسي دينامي، والكتاب الذين ينتمون للمنظور النفسي هم الذين جلبوا الانتباه إلى إضطراب الشخصية. ومع ذلك فقد كانت هناك وجهات نظر من مواقع أخرى ودرست هذه الإضطرابات سنحاول التطرق إليها، علماً بأن هذا الإضطراب حظي في السنوات الأخيرة بالدراسة ربما أكثر مما حظي به أي إضطراب آخر في الشخصية.

أولاً:المنظور النفسي الدينامي:

معروف أن فرويد(1905) نظر إلى الطفل على انه مدفوع أساساً بدوافع جنسية، وإن نمو الشخصية هي عملية من التطور النفسي- الجنسي تتضمن مراحل، في كل واحدة منها تكون الدافعية المركزية للطفل هي أشباع دافع اللذة من مناطق جسمية متنوعة تتمثل بالفم والشرج والأعضاء التناسلية على التوالي. ويرى فرويد(1923) أن خصائص شخصية الإنسان الراشد تتأسس على ما يترتب من نتائج للطرائق التي استعملها(الهوId) في إشباع حاجاته في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث. وأن الطفل يجبر في كل مرحلة منها على التعامل مع الصراع بين دافعه الخاص للإشباع وبين التقييدات المفروضة عليه، من قبيل الفطام والتدريب على المرافق الصحية وما إلى ذلك من محددات إجتماعية، وطبقاً للمنظور النفسي الدينامي(Psychodynamic) فإن إضطرابات الشخصية تعزى على إضطرابات غريزية(إما إحباط أو إشباع زائد) وحدوث تثبيت(Fixation) في هذه المراحل المبكرة (Davison ،1990 & Neal.1984,Bootzin & Acocella) وهذا يعني أن ما يصيب شخصية الراشد من إضطراب يمكن إرجاعه إلى واحدة من هذه المراحل الثلاث للطفولة، فعلى سبيل التمثيل،

يمكن تفسير الشخصية الإعتمادية(الإتكالية) على أنها نتيجة لمشكلات حصلت في بدايات المرحلة الفمية، عندما تكون لذة ومتعة الرضيع متمركزة في المص السلبي غير المميز، ويفترض أن عدم الحصول على إشباع كاف في فترة الرضاعة يقود إلى أن يكون هذا الفرد في المستقبل شخصية تشعر بالحاجة الدائمة والإتكالية والسلبية، وبعملية مماثلة فإن إضطراب الشخصية القسرية يكون متعلقاً بالطورالاحتفاظي- الشرجي في الفترة الشرجية، حيث لا يجري حل للنزعة نحو"الاحتفاظ" بالأشياء التي يخريها الطفل الذي يتربى في بيت يكون الوالدان فيه صارمين ويفرضان عليه نظاماً مفرطاً في القسوة.

غير أن مثل هذه الاستنتاجات التي يزخر بها التنظير النفسي الدينامي ما تزال يعوزها الدليل الامبريقي. فالبرغم من وجود "أنماط" من الأشخاص الذين تنطبق عليهم الكثير من الخصائص التي ترد في أدبيات المنظور النفسي الدينامي، إلا أنه لا يوجد دليل يؤكد وجود رابطة فعليه تعزو هذه الخصائص أو الإضطرابات إلى مراحل من التطور في الطفولة المبكرة. فعلى سبيل التمثيل، كان إضراب الشخصية النرجسية موضوع دراسة وجدل في دوائر المنظورالنفسي الدينامي، فلقد راى كيرنبرج(Otto Kernberg ،1975)وكذلك(DSM-III) إن النمط الأساس في هذه الشخصية هو الجمع بين التكلف والشعوربالنقص. وطبقاً لوجهة نظر كيرنبرج فإن الشعور بالنقص هو الأساس، أما التكلف والتفخيم والمبالغة فليست سوى حيلة دفاعية ضد مشاعر الغضب الشديد والنقص التي خبرها في مرحلة الطفولة؛ فيما يرى كوت(Kohut ،1977) إن التكلف(Grandiosit) هو الأساس كونه يعبر عن" اللبيدو الجنسية" الذي تمكن- لأسباب متنوعة- أن يتملص من الجهود المحايدة للأنا(Ego) فعندما تظهر الشخصية النرجسية غضبها الشديد وتقدير الذات المبالغ فيه، فإن هذه ردود فعل للتباهي بصورة الذات المتكلفة.

أما إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع فإنه يعزى إلى فشل الأنا الأعلى (Super Ego). إذ يرى المنظرون النفسيون الديناميون أن الشخص كان- بسبب ما- قد فشل في اكتساب أنماط من السيطرة المباشرة والمناسبة التي تتشكل في الأنا الأعلى، وبالتالي فإنه لا يقدر على مقاومة طلبات الهو، ويضعف إزاء الحاجة إلى إشباع رغباته التي لا تحتمل التأجيل. أما لماذا يحدث هذا الفشل. فإن تكون وظهور الأنا الأعلى يعتمد على توحد الطفل بالوالد من نفس جنسه، فإذا كانت علاقة الطفل بأبيه تعاني من إضطراب حاد(أو إذا لم يكن للطفل والد) فإن مثل هذا التوحد لا يحدث.

إن هذا يضعنا أما إفتراض شائع هو أن سبب إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يكمن في الأسرة. فبعض المنظرين يرون أن العامل الحاسم هو الحرمان الوالدي:
Greer,1964,:Oltman & Friedman,1967 Robins،1966

وأن الشخصية المضادة للمجتمع كانت قد عانت في طفولتها أكثر من الأطفال الآخرين من فقدان أحد الوالدين أو كليهما بسبب الوفاة أو الإفتراق عن أحدهما أو كليهما، أو هجر أحدهما للآخر. فيما يرى كتاب آخرون بأن العامل الحاسم هو الرفض الوالدي، سواء كان هذا الرفض شعورياً أو غير شعوري(Mccord & Mccord, 1964).

ومع ذلك، علينا أن نتذكر بأن مشاكل هذه الأسر(المفككة، أو الانفصال عن الوالدين، أو رفض الوالدين...) موجودة أيضاً في تاريخ أسباب إضطرابات القلق والكآبة والفصام والإدمان...فضلاً على ذلك فإن الكثير من الأطفال الذين نشأوا في أسر مفككة، أو عانوا من رفض والدي، أصبحوا في مرحلة رشدهم أشخاصاً عاديين أو طبيعيين، وبالمقابل فإن عدداً من الأشخاص المضادين للمجتمع كانوا نشأوا في أسر عادية. ولقد حاول روبنز(1979، Robins) إعطاء رأي بخصوص هذا التشوش، فافترض بأن المتغير الحاسم هو ليس التمزق الأسري، إنما في وجود فرد في الأسرة مضاد للمجتمع، وخصوصاً إذا كان هذا الفرد هو الأب. وبالرغم من وجود محددات أخرى فإن روبنز يشدد على أن نوعيات الأنماط المضادة للمجتمع هي المصدر الأساس للنوعيات المضادة للمجتمع بالنسبة للطفل.

ثانياً.المنظور السلوكي:

يؤكد المنظور السلوكي بخصوص السلوك المضاد للمجتمع(والعدوان عموماً) على دور البيئة، لا سيما الأحداث المتعلقة بالتعزيز والعقوبة. ففي خلاصته المركزة أشار جيفري(1965، Jeffery) إلى أن"السلوك الإجرامي هو سلوك إجرائي، بمعنى أنه يستديم بالتغيرات الحاصلة في البيئة، فالإستجابة الإجرامية يمكن ان يحصل منها على: نقود، سيارة، جهاز تلفاز، إشباع رغبة جنسية، أو القضاء على عدو، ومعظم الجرائم هي هجوم على ملكية، وعليه يكون التنبيه المعزز هو الحاجة المسروقة، أما الجرائم ضد الأشخاص فقد تتضمن تعزيزاً سلبياً، بمعنى إزالة تنبيه منفر أو مكروه، والقتل والهجوم أو محاولة الإعتداء أنماط سلوكية من هذا النوع، أما الإضطرابات الجنسية من انواع التلصصية والفتشية والإستعراضية والمثلية، فهي أنماط سلوكية جرت إدامتها بنتائجها في البيئة،

بالرغم من أن طبيعة التعزيز والإشراط التي تتمحور حول هذه الرابطة من الإشباع الجنسي ما تزال غير معروفة في الوقت الحاضر. أما المخدرات والكحول فهي تنبيهات تعزيزية بسبب التغيرات البيوكيماوية التي تحدثها في الجسم. ففي حالة الإدمان على المخدرات فإنها تتضمن تعزيزاً سلبياً، بمعنى غزالة تنبيهات منفرة(مثل الشعور بالعزلة والكرب والضجر).

ويمكن ان يؤدي السلوك الإجرامي إلى التعزيز، ولكنه يقود أيضاً إلى العقوبة. وتشير نظرية التعزيز الفارقي بأن الفعل الإجرامي يحدث في البيئة التي تعزز هذا النوع من السلوك(Jeffery ,1965,P,295).

ويؤكد الكتاب السلوكيون عدداً من المسائل بخصوص نشوء السلوك المضاد للمجتمع وتطوره، فهم أولاً يرون أن انماط السلوك العدواني يتم تعلمها بنفس طريقة أنماط السلوك الأخرى، وتحديداً من خلال التشكيل (Shaping) والتعزيز المباشر. وهذه المسألة تتساوق مع نتيجة تفيد بان العدوان أكثر شيوعاً بين الأسر التي تشجع العنف البدني كوسيلة لحل الصراعات(Walters & Bandure, 1959). وبالمثل فإن المنظرين السلوكيين، ومنظري التعلم الإجتماعي المعرفي يرون أن الكثير من المهارات العدوانية يتم تعلمها داخل جدران المؤسسات الإصلاحية، والتوكيد الثاني الذي توصل إليه التحليل السلوكي بشأن العدوان، هو أن العدوان يميل إلى أن يكون أعلى عندما يتم تعزيزه وقتياً، أو بصورة متقطعة أكثر مما لو تم تعزيزه بصورة مستمرة، وثالثاً، إن الفكرة الشائعة في الأدبيات السلوكية تتمثل في توجيه النقد إلى القوانين المعاصرة المتعلقة بأنظمة التعزيز والإصلاح القائمة على العقوبة أكثر منها على التعزيز. إذ يعتقد السلوكيون أن التعزيز هو- بشكل عام- طريقة أكثر فاعلية من العقوبة، ذلك أن فاعلية العقوبة تنخفض عندما لا يتم توفير شروط معينة منها:-

1.معاقبة أي استجابة غير مرغوب فيها.

2.أن تكون العقوبة في الحالة التي لا يمكن تجنبها او الهرب منها.

3.إنخفاض الدافعية نحو الإستجابة التي عوقبت.

4.يجب أن تحصل العقوبة في الحال.

5.يجب أن تكافأ الإستجابة البديلة بتعزيز مختلف.

ويتساءلون: كم من هذه الشروط تم تأمينها في القوانين الجارية؟

إن الفعل الإجرامي لا يتم ضبطه دائماً، وحتى لو تم ذلك فإن مسؤولية الفرد تكون

موضع تساؤل كما ان غالبية الجرائم قد لا تنتهي باعتقال مرتكبيها، ففي المجتمع الأمريكي، هناك أربعة من كل خمسة مجرمين من الجرائم الخطرة لا يعاقبون(Kwavtler, 1974)وحتى لو تم إنزال العقوبة بالمجرم فإنها تميل إلى التأجيل.

وتفترض نتائج البحوث السلوكية، إن السمة الأساسية الثابتة عبر المواقف في إضطرابات الشخصية هي الخداع أو التضليل العقلي (Illusory). وناقشوا هذه الإضطرابات على انها استجابات محددة من سوء التكيف أما: 1.إستجابة لتنبيه محدد، أو2.نتيجة لتعزيز محدد. وهم يفسرونه بالتالي على أساس أنها وظيفة أو دالة تنبيهات استدعتها، أو نتائج لتعزيزات.

ثالثاً.منظور التعلم الإجتماعي المعرفي

ينضوي تحت هذا المنظور عدد واسع من المنظرين الذي يتباينون في توكيدهم عدداً من العوامل المسببة للعدوان بشكل عام والسلوك المضاد للمجتمع بشكل خاص. ومع ذلك يمكن التقاط أربع نقاط أساسية تمثل توكيدات هذا المنظور نجملها بالأتي:

أولاً:إن العدوان والسلوك المضاد للمجتمع يمثل محاولات غير مقبولة أجتماعياً لتكيف الفرد مع بيئته. هذا يعني أن أصحاب هذا التوجه يميلون إلى أن ينظروا للعدوان كما لو كان انعكاساً لتعلم ناقص أو ضعيف أو غير مناسب، مفضلين ذلك على ان يكون ناتجاً عن ضعف وراثي أو عرض ناجم عن خلل وظيفي في الشخصية.

ثانياً :إنهم يعدون أنماط العدوان مكتسبة من خلال:

أ- الخبرة المباشرة.

ب- التعلم البديلي(أي اكتساب غير مباشر للمعلومات، من قبيل ملاحظة سلوك الآخرين).

ج- التعلم الرمزي.

د- العمليات الاستدلالية.

فالفرد الذي يرد بعنف في موقف معين أو يشارك في اعتداء، قد يكافأ بالحصول على مواد معينة(النقود مثلاً)، أو التشجيع من جماعة معينة، وعليه فإنه قد يقوم بتعميم هذه الإستراتيجية، ويستنتج منها أنها ستكون نافعة وناجحة في مواقف أخرى. وإلى جانب هذه الخبرة المباشرة، فإن الفرد قد يكتسب أنماطاً من الاستجابات المضادة للمجتمع بملاحظتها في سلوك الآخرين أو من خلال الأفلام السينمائية. فعملية النمذجة الذي تحدثه مهم جداً. وليس من الضروري أن يحصل النموذج العدواني على مكافأة أو منفعة مادية من فعله

العدواني، ولكن ما هو مهم ان الملاحظ أو المشاهد" للبطل" العدواني ستعلم منه تقنيات وإستراتيجيات. أما في التعليم الرمزي فإن العدوان يأخذ شكل التحدث مع أقران من الأفراد المضادين للمجتمع، أو قراءة القصص والروايات، وبخاصة البوليسية، فهي التي تضفي على "أبطالها" المضادين للمجتمع صفات الشجاعة والمهارة والجاذبية.

إن معظم الأشخاص"قادرون" على العدوان بالطبع، غير أن بعضاً منهم يميلون إلى إظهاره والتعبير عنه فعلاً. وهنا علينا أن نميز بين العوامل أو المتغيرات التي تؤثر في تعليم واكتساب المهارات المضادة للمجتمع، والعوامل أو المتغيرات التي تؤثر في أداء تلك المهارات، ويرى أصحاب هذا التوجه- بشكل عام- أن الفرد يكون أكثر احتمالاً لأن يتصرف بشكل مضاد للمجتمع في حالتين، الأولى: عندما تكون بدائل الاستجابة أمامه قليلة، والثانية: عندما يتوقع حصول مكافأة على السلوك الذي سيقوم به، وكلا الحالتين تتأثران بالخبرة السابقة. فإذا كان الفرد تعرض إلى نماذج تميل إلى حل مشكلاتها الشخصية عن طريق العنف والاعتداء، فإنه سوف لا يكون قادراً أو مستعداً لإدراك بدائل أو حلول سلمية(إجتماعية) لمشكلاته. والأكثر من هذا، فإنه عندما يرى الأفعال العدوانية، والمضادة للمجتمع قد حصل القائمون بها على مكافآت(مادية أو معنوية) فإن الفرد الملاحظ لها سيرى في العدوان عملية معقولة ووسيلة فعالة في الوصول إلى تحقيق الأهداف.

والمسألة الرابعة التي يؤكدها هذا المنظور تتعلق بعلاج هذا النوع من الإضطرابات. ويرى أن اساليب العلاج الفعالة للأنماط السلوكية المضادة للمجتمع تكون في: أ- تعلم مهارات مقبولة إجتماعياً كبدائل للعدوان، ب- تصحيح عدم التوازن بشكل تكافأ فيه الأفعال السلوكية الإجتماعية ولا تكافأ فيه الأفعال السلوكية المضادة للمجتمع،

ج- العمل على تصحيح الأنماط الفكرية التي تشجع الأداء المضاد للمجتمع.

وتفيد الدراسات المستندة إلى هذا المنظور أن الأنماط المضادة للمجتمع تكون أكثر حدوثاً عندما تتوافر في الأسرة الشروط الآتية:-

1.حياة أسرية تفتقد الأمان والاستقرار، 2.صراع وعداء مستمر بين الزوجين، 3. نظام أسري غير مستقر في التعامل مع الأطفال، 4. وجود فرد في الأسرة يميل إلى العنف ويشكل نموذجاً للطفل. 5. الصرامة والقسوة البدنية في التعامل مع الطفل.

رابعاً:المنظور الحضاري الإجتماعي

حظي إضطراب الشخصية المضاد للمجتمع باهتمام المنظرين المنضوين تحت خيمة

التوجه الحضاري الإجتماعي، ويتفق العلماء الإجتماعيون على أن عدم العدالة الموجودة في النظام الإجتماعي هو العامل الحاسم في نشوء وتطور السلوك الإجرامي. أما إلى أي مدى يغذي المجتمع أويشجع على ظهور اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، فإننا نجد بعض الإجابة فيما قدمه كوخ(1948، Gough) منذ زمن بعيد عندما أشار إلى أن هناك"جوانب محددة في نمط حضارتنا التي تمنح (الشخصيات المضادة للمجتمع) نوعاً من التشجيع. ففي المجتمع الأميركي يجري التوكيد على اكتساب الربح المادي، والمكانة أو الموقع الإجتماعي، والقوة، والتنافس، كما أن الحضارة تميل إلى توكيد الفردية تاركة مجموعات كبيرة من الناس تعيش حالات القلق والخوف. وأنه لمن الأمور المسلم بها أن تظهر في مثل هذه الأجواء شخصيات مضادة للمجتمع في(Bootzin & Acocella, 1984, P,262).

وهذا الموقف قد يلخص رأي المنظور الإجتماعي الحضاري. فبينما يركز المنظرون الآخرون على نفسيه الفرد في تفسير إضطراب الشخصية المضاد للمجتمع، فإن المنظرين الإجتماعيين يشعرون بأن هذه العمليات النفسية ليست أكثر من مجرد نتاج لعمليات إجتماعية واسعة المدى تؤمن من خلالها السعادة والرفاهية لمجموعات إجتماعية معينة، وتحرم مجموعات أخرى، وعلى هذا فإنهم يرون بأنه ينبغي على علماء النفس أن يركزوا جهودهم على تغيير المجتمع بدلاً من محاولاتهم تغيير ضحاياه(1978، Holland).

ومنذ زمن بعيد أيضاً فإن ميرتون(Merton، 1957) طرح مفهوماً جديراً بالإشارة. فقد حاول عالم الإجتماع هذا تفسير اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بنظرية أسماها "الأنوميا Anomie"وهو مصطلح يعني به التعبير عن الإحساس بانعدام المعايير، التي إذا ما سادت في المجتمع فإنها تحرم مجموعات إجتماعية من تحقيق مصالحها. وأن هذا الإحساس قد يساهم في ظهور شخصيات مضادة للمجتمع بين أفراد هذه المجموعات، وأشار "ميرتون" إلى أن المجتمعات التي تضع قيمة كبيرة على الأمور المادية ومسائل الترف، ولا تتمتع بها إلا القلة أو مجموعات معينة في المجتمع، عندها تبرز حالة"النوميا" أو إنعدام المعايير وفقدان حالة السواء أو المساواة، فتشعر الجماعات بأنه ما دامت مكافآت هذا المجتمع ليست متوافرة ومطروحة للجماعات كافة بحالة سوية، فإن هذه الجماعات ستتجاوز قيم المجتمع ونظامه وقواعده، وأن الإحساس بإنعدام المعايير هذا، هو الخاصية المميزة في الشخصية المضادة للمجتمع، وقد أيدت دراسات لاحقة أن العدد الأكبر من الأفراد المضادين للمجتمع ينحدرون

من مجموعات إجتماعية تشعر بإنمدام المعيارية في المجتمع الذي تنتمي إليه(1981، Mc Grvey).

خامساً:المنظور الحياتي-الطبي(علم الأعصاب)

كان الاعتقاد الشائع في أواخر القرن التاسع عشر هو أن الانحراف الإجتماعي ينتج من ضعف بيولوجي في الفرد وأن اسبابه وراثية. وكانت انشط المدارس الفكرية التي تبنت الاتجاه الحياتي الطبي هي المدرسة الإيطالية بقيادة لومبروزو(1836- 1905) الذي حاول ربط الإجرام بالمرض العقلي، والاعتماد على الملامح والسحنة وشكل الرأس والوجه واليد لتشخيص الميول الإجرامية وعلامات التحلل العقلي، وادعى "لومبروزو" بأن النزعة نحو الاجرام تورث بيولوجياً شأنها لون العينين والشعر، وبالرغم من أن نظرية "لومبروزو" هذه تعرضت للنقد وانحسرت قيمتها العلمية، إلا ان الكثير من الباحثين ما يزالون يعتقدون من أن العوامل الوراثية والفسيولوجية قد تتشكل بطريقة معينة أو تتداخل في السباب المرضية للشخصية المضادة للمجتمع.

لقد ركزت البحوث البيولوجية التي أجريت على الإنسان على إفتراض مؤداه أن الذكورة والعدوان أمران متلازمان. وأجريت هذه البحوث تجارب توصلت فيها إلى أن حقن صغار الحيوانات الوليدة بهرمون "التيستوسيترون" يؤدي إلى زيادة في كل من الذكورة والعدوان، وشاع في منتصف الستينيات من القرن الماضي اكتشاف تبين منه أن نسبة معينة من المجرمين ظهر لديهم شذوذ في المورثات"الكروموسومات" حيث كانوا يحملون(XXX). فمن المعروف أن الخلية في الجسم البشري تتكون من ثلاثة وعشرين زوجاً من المورثات، زوج واحد منها يحدد الهوية الجنسية للفرد. ففي حالة الأنثى يكون هذا الزوج مؤلفاً من(XX) بينما يكون في الذكور مؤلفاً من (XY). ولقد وجد في الستينيات أن عدد من المجرمين الذكور الذين ارتكبوا جرائم، وبخاصة البشعة منها، كانوا يحملون (XYY)أي بزيادة مورث ذكري(1965، Jacobs). وعلى أساسه طرح تساؤل مشروع: هل ينتج عن وجود هذا المورث الإضافي استعداد بايوكيماوي للعنف؟

لقد آثارت دهشة اكتشاف هذا المورث الفضول العلمي فأجريت الكثير من البحوث التجريبية على الحيوانات، وما زاد من حماسة الباحثين الأميركيين في ذلك الوقت، أن احد الأشخاص، واسمه ريشارد سبيك (Speck) كان قد ارتكب جريمة بشعة حيث قتل ثمان طالبات في مدينة شيكاغو في ليلة واحدة من عام 1966، وعندما تم فحصه تبين أنه من

نمط(XYY)(1968، Montague). غير أن الدراسات فشلت في إثبات الفرضية القائلة بأن الأشخاص من نمط(XYY) يكون لديهم استعداد حياتي كيماوي(Biochemical)للعنف، ومع ذلك فإن نمط(XYY) وجد بين الذكور المجرمين شائعاً بمعدل خمس عشرة مرة بالمقارنة مع الذكور العاديين بشكل عام(1973، Jarvik). وكان أول من اشار إلى شيوع هذا النمط بين السجناء الذكور بالمقارنة مع الذكور غير السجناء هي جاكوبز(Jacobs) وزملاؤها في عام 1965، فيما اشار باحث في الثمانينيات إلى أن نسبة وجود هذا النمط(XYY) بين السجناء المجرمين الذكور منخفضة جداً تبلغ حوالي(2٪)

(Bootzin & Acocella, 1984). ويذكر أن نسبة حدوث هذا النمط في الولادات العادية للذكور تبلغ واحداً من كل خمسمائة ولادة (1982، Mahony).

ومع ذلك فإن معظم المجرمين الذين يحملون هذا النمط ما كانوا ارتكبوا جرائم عنف(1976، Witkin). ويذكر باحث آخر بأن الكثير من الذين يحملون نمط(XYY) ليسوا مجرمين، بل غالباً ما يكونون متخلفين عقلياً بدرجة قليلة. ويميلون إلى الهدوء والسكينة(Bootzin & Acocella, 1984).

وهذا يعني أن البحوث التي أجريت على الأفراد الذين يحملون موروثاً ذكرياً زائداً(XYY) لم تصل إلى إجابات ثابتة بخصوص علاقة هذا النمط بجرائم القتل ، وحتى الجرائم العادية، وانها آثارت الكثير من الانتباه الذي لا مبرر له(1981، Reid)، فضلاً عن النقد الذي وجه إليها، ونلخص اهمه بالنقاط الآتية:

1. إن النسب التي أشارت إليها جاكوبز(Jacobs) وزملاؤها بخصوص حملة نمط(XYY) بين المجرمين كانت عالية جداً.
2. إن نزلاء السجون من هذا النمط إلى أن يكونوا أقل عدوانية من النزلاء الذكور"العاديين" من نمط(XY). وأن معظم جرائمهم كانت ضد الملكية.
3. وإذا استندنا إلى المنطق الذي يقول بأن زيادة مورث ذكري يؤدي إلى زيادة في العدوان، فإن عرض "كلنفيلتر"، الذي يعني أن الذكر يولد بمورث ذكري زائد، أي(XYY) يجب أن يكون عدد حملة هذا النمط قليلاً بين نزلاء السجون، لكن الواقع لا يؤيد ذلك.

وخلاصة الأمر توصلنا إلى الاستنتاج بأن نمط(XYY) لا يجعلنا نطمئن بشكل قاطع بأنه يرتبط بالسلوك المضاد للمجتمع، وعليه حاولت دراسات أخرى أن تنحو منحنى آخر في البحث عن عوامل وراثية وبيولوجية. ففي اطروحته للدكتوراة افترض ليكين(Lykken) أن

الأشخاص "السوشيوباثيين" قد يكونون وراثياً، أقل انفعالاً وأقل قلقاً في المواقف التي تثير الألم في الإنسان"العادي". وأثبتت فرضيته هذه بتجارب مختبرية وأيدتها دراسات لاحقة، وأفادت دراسات أخرى أجريت على التوائم بوجود دليل يفيد بأن للوراثة دوراً في السلوك الإجرامي. فقد درست كرستين(1968) كل التوائم المولودة في منطقة محددة بالدينمارك بين عامي(1881- 1910). ومن بين(3568) زوجاً ولدوا خلال هذه الفترة، وكان هناك(799) زوجاً منهم ارتكب نشاطاً إجرامياً واحداً في الأقل، ويعزلها التوائم المتطابقة عن التوائم الأخوية، وجدت ان نسبة ارتكاب الأفعال الإجرامية بين التوائم المتطابقة اعلى منها بين التوائم الأخوية حيث بلغت(36٪) و(12.5٪) على التوالي. هذا يعني أن التوأم إذا كان متطابقاً وارتكب جريمة فإن نسبة ارتكاب أخيه التوأم الآخر(الذي جاء من نفس البيضة) تزيد ثلاث مرات بالمقارنة مع التوأمين الأخوين. وانتهى الاستنتاج من هذه الدراسات ودراسات أخرى، إلى أن العلاقة بين الوراثة والسلوك الإجرامي تبدو ضعيفة، وأنه بالرغم ما للوارثة من دور في هذا الموضوع، فإن تاثير البيئة يبقى عاملاً جوهرياً.

-خلل في الوظائف الفسيولوجية

يرى بعض الباحثين المنضوين ضمن هذا المنظور(الحياتي- الطبي) أن هناك ثمة سبباً يجعلنا نعتقد بأن الأشخاص المضادين للمجتمع ماهم إلا ضحايا نقص أو عجز أو ضعف فسيولوجي. وما يجعل هذا الاعتقاد يرتقي إلى مستوى اليقين، البينات التي وفرتها الأجهزة الطبية الحديثة، فقد أظهرت نسبة تراوحت بين(31) إلى(58) بالمائة من الأفراد المضادين للمجتمع نوعاً من عدم السواء على جهاز تخطيط الدماغ. وكانت الصفة الشائعة بينهم هي أن الموجة الدماغية عندهم بطيئة، تماثل ما لدى الرضيع أو الطفل اليافع، ولا تشبه ما لدى أقرانهم الراشدين (Khanna، 1980). ولقد أفادت هذه النتيجة إلى الاعتقاد بأن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع يمكن أن يكون نتاج" عدم نضج في لحاء الدماغ". أي تاخر في تطور القشة اللحائية الدماغية، حيث هي المسؤولة عن الوظائف العقلية العليا لدى الإنسان، وإذا كان هذا صحيحاً فعلينا ان نتوقع بأن الشخصيات المضادة للمجتمع ينبغي أن تنضج كلما تقدم بها العمر، وأن السلوك المضاد للمجتمع سيتلاشى عندهم تدريجياً. ويشير روبنز(Robins، 1966) إلى ان هذا يبدو صحيحاً، إذ وجد أن حوالي ثلث مجموعة مؤلفة من (829) فرداً شخصّوا على أنهم شخصيات مضادة للمجتمع تحسن سلوكهم بشكل ملحوظ عندما تقدموا بالعمر، وبخاصة في الثلاثين والأربعين من اعمارهم.

ويثار هنا سؤال: ما الوظيفة العقلية المرتبطة بعدم النضج في اللحاء الدماغي التي تصاب بالضعف أو التلف؟ . طبقاً لإحدى المدارس الفكرية فإن الجواب على هذا السؤال متعلق بالقدرة أو الكفاءة بخصوص الخوف، فمعظم النشاط الشاذ بخصوص الموجة الدماغية البطيئة لدى الشخصيات المضادة للمجتمع تأتي من الفص الصدغي(Temporal)والجهاز الطرفي (Limbic)، بوصفهما المسؤولان عن السيطرة على الذاكرة والإنفعال، وهذا يقود إلى الإفتراض بأن الضعف أو العجز الجوهري في إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع قد تكون في عدم القدرةعلى الإستجابة بصورة عادية(Normal) للتنبيهات التي تستدعي الخوف، الذي يقود بالتالي إلى عدم القدرة على كف أو كبح الإستجابات التي تترتب عليها عقوبات، وإذا كان الأمر كذلك فإن هذا يساعدنا على تفسير مقاومة الشخصيات المضادة للمجتمع للتعلم التجنبي، بمعنى انهم يتعرضون لنفس العقوبة مرة وثانية وثالثة....على نفس الفعل الذي قاموا به، ولن يتعلموا ابداً تجنب ذلك. وعلى هذا يتفق معظم الباحثين على أن العقوبة البدنية ليست فعالة مع الأفراد المضادين للمجتمع بالموازنة مع حرمانها من النقود مثلاً.

وهناك نتيجة اخرى تسند فرضية ضعف أو إنعدام التحمس الفسلجي للخوف لدى الشخصيات المضادة للمجتمع، هي أن الجهاز العصبي الذاتي عندهم يعمل على مستوى من إثارة أوطأ مما لدى الإنسان العادي، وإن هذه الإستثارة الواطئة يمكن ان تفسر عدداً من السلوك الغريب الأطوار لدى الأفراد المضادين للمجتمع.

إن هذه النتائج المتعلقة بالأمور الفسيولوجية للمجتمع يمكن ان تكون متعلقة بضعف أو عجز المناطق الدماغية المسؤولة عن تنظيم وتكامل السلوك (Gorenstein، 1982). ومع ذلك فإنه لا يوجد لغاية الآن (عام2005) يقين ثابت بشأن إضطرابات الشخصية بأنواعها العشرة، بالرغم من ظهور منظور جديد يدعو إلى التكامل بين العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية. (Bio-Psycho-Social Integration). وعليه فإن المعالجين يميلون إلى التركيز في حاضر الفرد وتحسين خبراته وتصرفاته بما يخدم حياته الحاضرة بدلاً من التركيز في تغيير كامل شخصيته (Helgin & Whiybourne, 2003,P,364) .

في ضوء هذه التفسيرات الجديدة، ينبغي أن نصحح مفاهيمنا بخصوص إضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، فلم يعد مقبولاً في الأوساط العلمية استعمال مصطلحي"السايكوباث" و"السوشيوباث". ونأمل أن يأخذ هذا التصحيح طريقه إلى ما نتحدث عنها في المحاضرات الأكاديمية، أو ما نؤلفه عنها من أدبيات علمية.

-Americak Psychistric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition, 1968.Third Edition, 1980, Fourth Edition,1994,Washingtion, D. C. American Psychistric Association.
-Bandura, A. &. Walters. R. H. Adolescent aggression. New York, Ronald Press, 1959.
-Botzin, R. R. &Acocella,J.R. Abnormal Psychology. Random House, New York,1984.
-Cleckley, H. The mask of Sanity, St. Louis; Mosby, 1964.
-Davison, G. C. & Neale. J. M. Abnormal Psychology. John Wiley, 1982.
-Freud, S. Three essays on sexuality(1905), London: The Hogarth Press, 1953.
-Gergen, K. J. & Gergen, M. M. Social Psychology. New York: HBJ, Inc, 1981.
-Gerenstein, E. E. & Newman, J. P. Disinhiblory Psychopathology: A new perspective and a model for research. Psychological Review, 1980, 87.
-Greer, S. Study of parental loss in neurotics and sociopaths, Archives of General Psychiatry,
1964, 11, 177-180.
-Helgin, R. R. & Whitbourne, K. Abnormal Psychology. McGraw-Hill,2003.
-Holland,J.G.Behaviorsim: Part of the problem or part of the solution ?. Journal of Applied Behavior Analysis, 1978, 11, 163-174.
-Jeffery,C.R.Criminal behavior and learning theory. Journal of Criminal Law,Criminology and Police Science, 1965, 56, 294-300.
-Kernberg,O.F.Borderline Conditions and pathological narcissim. New York: University Press, 1975.
-Kohut,H.Forms and Transformations of narcissism. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1966, 14, 243-272.
-Kwartler, R. (E.d). Behind bars: Prisons in America. New York: Random House, 1974.
-Lahey, B. B. Psychology. McGraw-Hill, 2001.
-Mahoney, M. L.Abnormal Psychology. New York: Harper & Row, 1982.
-Millon, T. Modern Psychopathology. Phiadephla, 1969.
- Millon, T. Disorders of personality, New York: Wiley, 1981.
-Montaqu, M. F. (E.d). Man and aggression.New York: Oxford University Press, 1968.
-Ottman, J. & Friedman, S. Parental dprevation in Psychiatric conditions. Disturbance of the Nervous System. 1967, 28, 298-303.
-Reid,W.H.The antisocial personality and related symptoms,In J.R.Lion,ed,Personality disorders. 2nd ed. Baltimor: Williams and Wilkins, 1981.
-Weiten, W. Psychology. McGraw-Hill, 2004.

الفصل الرابع عشر

الإنتحار

! لقد أفزعني الموت حتى همت على وجهي، إذا مت أفلا يكون مصيري مثل(انكيدو)؟ وإلى(اتونابشتيم) حثثت الخطى لأسأله عن (لغز) الحياة والموت!

(كلكامش)

من بين أكثر الموضوعات إثارة للدهشة، أن يقدم الإنسان على"نحر" نفسه! فنحن نندهش من تلك القدرة الغريبة التي تمتك الإنسان، فتولد لديه الإصرار على ان ينهي حياته بقتلها! والأغرب ما في هذه القدرة لحظة تنفيذ هذا الإصرار. إنها- في إجتهادي- أفضع مأساة تراجيدية تمثل فعلاً على مسرح الحياة البشرية، يكون فيها"البطل" هو القاتل والقتيل معاً! ونتساءل: لماذا يقتل الإنسان نفسه؟ هل يكفي أن يفقد الإنسان الأمل في الحياة ليغادر هذه الحياة؟..... وهل إذا حلت به آلام"فرتر" أو "سيزيف" أو"روميو" او"جولييت"..... فإنه لا خلاص له منها إلا بقتل النفس؟!

يروى عن الأصمعي، والعهدة على من روى، قال: بينما كنت أسير في بادية الحجاز إذ مررت بحجر كتب عليه هذا البيت:-

أيا معشر العشاق بالله خبروا إذا حل عشق بالفتى كيف يصنع؟

فكتب الأصمعي تحت ذلك البيت:

يداري هواه ثم يكتم سره ويخشع في كل الأمور ويخضع

ثم عاد في اليوم التالي إلى المكان نفسه فوجد تحت هذا البيت بيتاً جديداً:

وكيف يداري الهوى قاتل الفتى وفي كل يوم قلبه يتقطع

فكتب الأصمعي تحت ذلك البيت:

إذا لم يجد صبراً لكتمان سره فليس له شيء سوى الموت ينفع

قال الأصمعي، فعدت في اليوم التالي إلى الصخرة فوجدت شاباً ملقى تحت ذلك الحجر، وقد فارق الحياة، وقد كتب في رقعة من الجلد هذين البيتين:

سمعنا اطعنا ثم متنا فبلغوا سلامي إلى من كان للوصل يمنع

هنيئاً لأرباب النعيم نعيمهم وللعاشق المسكين ما كتنا شعرية

وسواء أكانت هذه الحكاية"حقيقية" أم إسقاطاً...وهو الأرجح، فلماذا تنغلق كل نوافذ الحب للحياة أمام المنتحر، ولا تبقى أمامه إلا نافذة الموت؟.

ولماذا ينتحر الإنسان في أوقات غير متوقعة. فلقد انتحر شاب فرنسي قبل زفافه بست ساعات! وانتحر شخص على غير ما توقعه المحيطون به. فلقد أجرى عمّليات معقدة بسبب خرّاج في الدماغ، ولكنه لم يمت بل تماثل للشفاء وأخرج من المستشفى، وبعد ثلاثة أسابيع، وهو يتمتع بكامل صحته، انتحر!.

وحتى لو حسبنا الحياة على ما يرى ابن الرومي حين قال:

فلا تحسب الدنيا إذا ما سكنتها قراراً فما دنياك غير طريق

أو ليس من الأجدى ان نسير في هذا الطريق على مهل، لا أن تنطلق إلى نهايته مثل رصاصة؟!.

سئل الخليفة علي ابن أبي طالب عن ماهية الشجاعة، فطلب من سائله أن يعض على إصبعه، وهو بدوره يعض على إصبع سائله، فما لبث أن صرخ الآخر من شدة الألم عندئذ خاطبه الإمام علي:"لو لم تصرخ لصرخت بعدك وهذه هي الشجاعة"، فلماذا لا يفكر الإنسان"بصرخة" أخرى أشجع، إذا ما عددنا الإنتحار"شجاعة" على ما يرى بعضهم؟.

لنغادر لغة التساؤلات والأدب إلى لغة العلم، وقبلها حديث عام عن هذه المأساة.

الإنتحار....قديماً وحديثاً:

يرتبط الانتحار بالموت، وللمجتمعات والمدنيات القديمة فلسفاتها في الموت، فالفيثاغورسية، مثلاً، تؤمن بالتناسخ والخلود، حتى إن فيثاغورس نفسه ادعى في زمانه بأنه متجمد حينذاك للمرة الخامسة! وتعتقد البوذية بأن المثل الأسمى الذي يمكن أن يصبو إليه الفرد هو الوصول إلى حالة "النرفانا" أو "العدم العام" أي فناء الذات واتصالها بعالم الحقيقة، فالوجود شر على الإنسان، والموت وسيلة للتحرر من مظاهر الحياة الخادعة. فيما ينظر البابليون إلى الموت على انه مخيف، ولم يبد على السومريين والأكديين انهم فكروا بأن الموتى يحيون، بل يبقون موتى إلا الحكام فهم الذين يعيشون حياة اخرى، ولذلك يدفن معهم مرافقوهم وزوجاتهم وحاشيتهم وحرسهم وعدتهم.

وقد حرّمت الأديان الحديثة قتل النفس، وإن تباينت في توكيد التحريم. فالمسيحية أصدرت قرارات بتحريم الانتحار في عام(639م)، وقبلها وبعدها جاء في بعض موادها:"إن

الإنتحار جريمة وخطيئة" "تحرم على كل من انتحر طقوس" الدفن الجنائزي".

أما الدين الإسلامي فهو أشد الأديان توكيداً على تحريم قتل النفس، وجاءت آيات قرآنية صريحة بذلك:"ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً" سورة النساء(86). وعن جابر بن سمرة قال: أخبرني النبي(صلى الله عليه وسلم) برجل قتل نفسه فقال: "لا أصلي عليه"(أخرجه أبو داوود81). فالمنتحر، من وجهة نظر الإسلام، جزاؤه النار ولا عذر له مهما كانت مبرراته، لأن الحياة منحة الله ولا يملك أحد انتزاعها إلا بإرادته.

ومع كل التحريمات الدينية والإجتماعية والأخلاقية والقانونية فإن حوادث الإنتحار قد كثرت في المجتمعات الحديثة، وربما كان للمآسي التي أحدثتها الحربان العالميتان أثر كبير في دفع الناس إلى التفكير بالموت وقيمة الحياة ومعنى الوجود، وظهور فلسفات حديثة(الوجودية بشكل خاص) ناقشت مسائل أساسية في معنى الوجود والحرية والإلتزام والحياة والموت في الوقت نفسه!........والإنتحار.

حوادث الإنتحار

من الصعب الحصول على إحصاءات دقيقة لحوادث الإنتحار، فالكثير من الذين يرتكبون الإنتحار يصور موتهم وكأنه جاء نتيجة حادث، ربما لأن عوائلهم تشعر بالخجل من إنتحار أحد أفرادها.

ومع ذلك فإن ما هو متوفر من إحصاءات يشير إلى أن عدد المنتحرين في أمريكا يكون سنوياً بين(25,000 إلى 60,000) وما لا يقل عن (200,000) محاولة انتحار فاشلة (1974، Epstein) وهناك إحصائية أحدث تشير إلى مليوني أمريكي يحاولون الإنتحار سنوياً(Bootzin, Acocella ،1984)، وأن الانتحار يعد الآن في أمريكا أكثر الأسباب المؤدية إلى الموت.

وحسب الإحصاءات التي ذكرها، الدباغ، فإن أعلى نسبة للإنتحار في العالم هي في السويد والدنمارك وهنغاريا وفنلندة(الدباغ، 1986، ص178)، فيما تذكر إحصائية منظمة الصحة العالمية بأن ألف شخص ينتحرون كل يوم في العالم.

وتشير إحصاءات أحدث إلى أن حوالي (30) ألف يقدمون على إنهاء حياتهم سنوياً في الولايات المتحدة، وأن أعلى نسبة للإنتحار هي في هنغاريا إذ تصل(32,9) لكل مائة ألف (ثلاث مرات ما يحدث في أمريكا). تليها الصين وعدد من دول آسيا وأوروبا الشرقية. فيما يعد الإنتحار السبب التاسع للموت في أمريكا(Halgin & Whitbourne,2003, P,289).

أما في البلاد العربية فإن نسبة الإنتحار واطئة إذا ما قورنت بالبلدان الأخرى وبالأقطار الغربية على الأخص، ففي العراق تتراوح نسبة الإنتحار بين(0,1 إلى0,2) لكل مائة ألف نسمة، وهي نسبة ضئيلة جداً(الدباغ، 1986)، غير أن إحصاءاته هذه تعود إلى الستينيات من القرن الماضي، ولا تتوافر بيانات حديثة عن حوادث الإنتحار. غير ان "الدباغ" يضيف بأن المحاولات الإنتحارية آخذة في الإزدياد، وأنه غالباً ما يحدث في مرحلة الشباب، وأوائل الكهولة(ص:150) ومع ان نسب الإنتحار في البلدان العربية الأخرى واطئة أيضاً مثل حالها في العراق، إلا أن الأرقام " تشير إلى ارتفاع في معدلات الإنتحار ومحاولات الإنتحار في البلاد العربية خلال السبعينيات"(الدباغ، ص153). وإن أعلى معدل للإنتحار في البلاد العربية هي مصر، ومع ذلك فإن نسب الإنتحار في المجتمع العربي أوطأ بكثير من المجتمعات الغربية، وهذا يعود لأسباب كثيرة أهمها الوازع الديني والتماسك الأسري.

ويبدو ان الإنتحار يشمل مختلف الأعمار، بدءاً من الأطفال إلى الناس المسنين، غير أن أعلى نسبة له تكون بين الخامسة والستين والخامسة والثمانين من العمر. وحدوثه في الرجال هو ثلاثة أضعاف حدوثه في النساء، بينما غالبية الذين يحاولون الإنتحار هم من النساء.

وتشير الدراسات عبر الحضارات إلى وجود اختلافات في نسب الإنتحار، وأن أعلى نسب له هي على وفق الترتيب الآتي: هنغاريا، ألمانيا، النمسا، الدانمارك، واليابان.
وأن أوطأ نسبة هي في:مصر، المكسيك، اليونان، وإسبانيا، فيما يكون بنسب متوسطة في كل من أمريكا، وبريطانيا (Nolen-Hoeksema,2001,P,303).

غير أنه ينبغي التعامل مع هذه النسب بشيء من الحذر، لأن بعض الدول أو المجتمعات لا تعطي أرقاماً دقيقة عن حالات الانتحار فيها. كما ان بعض حالات الإنتحار يجري التعتيم عليها، في بعض المجتمعات، لإعتبارات إجتماعية وقيمية ودينية.

نمط الشخصية والإنتحار:

هل هناك نمط معين في الشخصية يتصف بالاستعداد نحو الإنتحار؟

إن الإجابة المتوافرة حالياً تفيد بعدم وجود نمط محدد يملك مثل هذا الاستعداد. فالإنتحار قد يرتكبه أي شخص في أي وقت من أوقات إختلال مزاجه. ومع أن الإنتحار مرعب فإن شيخ الأطباء النفسانيين سيجموند فرويد، كان قد فكر في الإنتحار، فعندما كان في التاسعة والعشرين من عمره، كتب إلى خطيبته وهو في أوج حالات حبه لها: "وكنت قد صممت على قرار (الإنتحار) إذا ما افتقدتك"(Jones,1963,P,85).

وبالرغم من أن جهوداً كبيرة بذلت لتحديد نمط الشخصية المنتحرة، إلا أنها ماكانت بذي جدوى. فقد حاول(Farberow & Shneidman, 1970) في دراستهما المتمعنة للمنتحرين، استنتاج أنماط الأسباب التي يمكن ان تقود الناس إلى قتل أنفسهم، فوجدا أن النمط الأول هو التفكير المصوّر (Catalogic)الذي يكون اساساً، يائساً، وتدميرياً. إذ يشعر الأفراد الذين ينضوون تحت هذه الفئة بالوحدة أو العزلة، والعجز، والخوف الشامل، والتشاوم المفرط من العلاقات الشخصية.

أما النمط الثاني: وهو على الضد من النمط الأول، فقد أطلقا عليه مصطلح النمط المنطقي(Logical) حيث تكون الأفكار في هذه الحالة معقولة، فالشخص قد يكون أرملاً ويعيش في عزلة إجتماعية، أو يعاني من آلام جسمية كبيرة بسبب إصابته بأمراض مزمنة، وقد يبدو الموت لمثل هؤلاء الأشخاص، تحريراً من الآلام والأعباء النفسية والجسدية.

وقد أطلق شنيدمان وفاربيرو على نمط ثالث من الإنتحار مصطلح "التفكير الملوثContaminatal"ينضوي تحته الأفراد الذين تمكنهم معتقداتهم من تصوير الإنتحار على إنه إنتقال إلى حياة أفضل، أو وسيلة لحفظ ماء الوجه.

أما النمط الرابع والأخير في التفكير الإنتحاري فهو الأستحثائي (Paleologic). فالفرد هنا يكون منقاداً من قبل أوهام وهلاوس تستحثه على فعل معين، فالشخص هنا قد يسمع اصواتاً تتهمه بإرتكاب أفعال مخجلة، وتدعوه إلى أن ينتحر، وهذا ما يحصل لدى الكثير من الذهانيين.

***أساطير وحقائق عن الإنتحار**

ما يزال الإنتحار محاطاً بهالة من الغموض ويتداول عنه الناس من المفاهيم الخاطئة، ولسوء الحظ. فإن إحدى أكثر الأساطير شيوعاً بين الناس عن الإنتحار، هي أن الأشخاص الذين يهددون بقتل أنفسهم لا ينفذون ذلك التهديد. وأن "النمط الصامت" هو فقط الذي ينفذ الإنتحار فعلاً وهذا غير صحيح تماماً. فلقد تبين من إحدى الدراسات على سبيل المثال، أن حوالي(70٪) من الذين انتحروا فعلاً، كانوا ينوون الإنتحار فعلاً قبل ثلاثة اشهر من محاولتهم النهائية(1964، Stengel)، وهذا يعني أن الأفراد الذين يهددون بالإنتحار، ينبغي أن يؤخذ تهديدهم هذا على محمل الجد.

والمقالة الأخرى، هي أن الأفراد الذين حاولوا الإنتحار وفشلوا فيه ما كانوا جادين فعلاً في إنهاء حياتهم، وأن الناس ينظرون إلى محاولاتهم هذه كما لو كانت خدعة، أو

إستمالة الآخرين لكسب عطفهم، وهذه مغالطة او تفسير خاطئ . فقد تبين أن(75٪) من الذين انتحروا فعلاً، كانوا قد حاولوا الإنتحار قبل ذلك، أو صرحوا به (Cohen, et, al ،1966). إن هذا يدفعنا إلى تصحيح التفسير بأن ننظر إلى ان المحاولة الإنتحارية الأولى التي يفشل فيها الفرد قد تمكنه من إعداد نفسه للمحاولة الثانية...القاتلة..

ومن الخرافات والمغالطات الأخرى: أن جميع المنتحرين هم مرضى عقلياً، وأن الإنتحار هو فعل لا يقوم به إلا الشخص الذهاني، وأن التحسن الذي يعقب الأزمة الإنتحارية يعني أن خطر الإنتحار قد زال نهائياً. وأن الإنتحار غالباً ما يحدث بين الأغنياء، ..... أو غالباً ما يحدث بين الفقراء، وأن الانتحار مرض وراثي ينحصر في عوائل معينة..وما إلى ذلك من مغالطات أو تفسيرات خاطئة يتداولها الناس ليجعلوا منها أساطير وخرافات.

إن الحقائق المتوافرة حالياً عن الإنتحار تشير إلى أن(80٪) من الذين انتحروا فعلاً كانوا قد حذروا من انهم سينتحرون. فلقد كشفت الدراسات عن أن الشخص المنتحر يحذر صراحة أو بإشارات أو تلميحات عن نيته في الإنتحار(Kleinmuntz ،1980). وأنه ما من أحد تقريباً يرتكب الانتحار دون أن يدع الآخرين يعرفون بمشاعره. وأن الإنتحار ليس مرضاً يصيب الأغنياء فقط، ولا وباءً يصيب الفقراء فقط. إنه ديمقراطياً يكاد يتوزع بالتساوي على جميع الناس. كما أن الدراسات تشير إلى أنه بالرغم من أن المنتحرين تعساء، ولكنهم ليسوا مرضى عقلياً بالضرورة. وقد تندهش أيها القارئ الكريم، إذا علمت بأن أكثر حالات الإنتحار وقوعاً هي بين الأطباء النفسانيين، والأطباء، والمحامين، و علماء النفس!!!.

★المنطلقات النظرية في تفسير الإنتحار

لخص منتز(Mintz,1968) مختلف الدوافع الواردة في الأدبيات بخصوص الإنتحار، بالآتي: العدوان المتجه إلى الداخل، الإنتقام من الآخرين وجعلهم يشعرون بالذنب، محاولة لفرض الحب على الآخرين، محاولة للتفكير عن أخطاء الماضي، محاولة لتخليص النفس من مشاعر غير مقبولة، الرغبة في التقمص أو التناسخ أو التجسّد من جديد. الرغبة في الألتحاق بشخص ميت حبيب، الرغبة أو الحاجة للهرب من الضغوط أو الألم أو الإنفعال الذي لا يطاق. ونضيف لها: إعتقاد الفرد بالإنتقال إلى حياة أخرى افضل.

ومع ذلك فإننا سنستعرض هنا، وبإيجاز، اربعة منطلقات نظرية في تفسير ظاهرة الإنتحار.

1.المنظور النفسي الدينامي:

يبدو الإنتحار، على وفق هذا المنظور، بأنه شيء يشبه اللغز أو الأحجية، في كونه عدوان آثم على الغريزة القوية للحياة، ويدعي فرويد من أن التحليل النفسي قد حلَّ هذا اللغز بالإكتشاف الآتي:

إن الناس لا يمتلكون القدرة أو الكفاية النفسية على أن يمارسوا العنف ضد غريزة الحياة بقتلهم لأنفسهم، ما لم يكونوا بعملهم هذا يقتلون ايضاً موضوعاً حبيباً توحدّوا فيه.

وبتوسع أكثر لنظريته هذه، فإن الشخص عندما يفقد إنساناً معيناً كان قد توحّد فيه ويحمل له تناقضاً وجدانياً(أي حب وكره في آن واحد) فإن العدوان سيتجه إلى داخل هذا الشخص. فإذا كانت هذه المشاعر مهلكة وقاتلة بما يكفي، فإنه سيرتكب الإنتحار.

وقد أضاف فرويد في كتاباته الأخيرة نظرية أخرى قال فيها إن مثل هذه الدوافع العدوانية تصدر من غريزة الموت، وأن الإنتحار ما هو إلا نوع من التوق والإشتياق للعودة إلى العدم الذي خبرناه قبل الولادة.

وقد ربط فرويد الإنتحار بالكآبة وقدم له تفسيراً مستفيضاً في كتابه "الحداد والميلانخوليا". ولو سألنا فرويد عن شخص(رجل كان أم امرأة) تربطه علاقة حب قوية بشخص آخر...وأن هذا الآخر تركه وهجره، وأن ذلك الشخص انتحر بسبب ذلك..فكيف تفسر لنا إنتحاره؟ لأجاب فرويد بالآتي:

إن الحزن الطبيعي يمر بمرحلة حداد معينة يرجع الإنسان بعدها إلى واقعه الإجتماعي ويعمل على إقامة علاقات جديدة وموضوعات أخرى للمحبة والمتعة واللذة. أما في حالة الإكتئاب السقيم فإنه يصعب على "الأنا" سحب أواصر المحبة، بل انه يشعر بالإثم والملامة، وهو لوم موجه على "الحبيب" المفقود الذي غدر"به وهجره. وبما أن الحبيب غير موجود فعلاً، وأنه متوحد فيه ومتقمص له، يصبح اختفاء الحبيب يثير فيه من الحنق والكره واللوم ضده، ولأنه اختفى من الوجود فإن كل العواطف المتعلقة به ترتد إلى الذات، فيصبح كره الحبيب كرهاً وعداءً ضد الذات نفسها، ويصبح تعذيب"الحبيب المفقود" لذيذاً ومستساغاً لدى الفرد كعقاب لما جناه بسببه. وعندما يوغل هذا التعذيب والتقريع للذات التي تقمصت "الحبيب- المكروه" إلى حد تحطيم الذات وإفنائها لكي يتم القضاء على"الحبيب- العدو" عندها يتم الإنتحار.

هذا يعني أن المنتحر، على ما يرى فرويد، وقع فريسة لغريزة أو دافع أو إنفعال عدائي أخفق في التعبير عن نفسه فانعكس إلى الداخل، على الذات نفسها ليقتلها، أي أن الإنسان المنتحر، على ما يرى فرويد، إنما يرمي إلى "قتل" غيره.

لقد طور أتباع فرويد وبخاصة "فيخل" و"أنا ابنة فرويد" وكارل هننجر، أفكار فرويد، فطبقاً إلى مييننجر فإن الرغبة في الحياة تعتمد على مشاعر تقدير الذات، فعندما يتولد لدى الشخص المنتحر الإحساس بعدم تقديره لذاته، لأي سبب كان، فإنه يعود إلى حالة الرضيع المهجور الجائع الذي يرغب في أن يمحق موضوع الحب المندمج فيه. وبارتكابه الانتحار فإنه ينجح في محق موضوع الحب الأصلي المندمج فيه، ليخلق أنا عليا "آخر".

إن معظم توكيدات فرويد ومييننجر بخصوص الإنتحار تنصب على حالة فقدان شخص مهم لدى المنتحر. إذ أن "الموضوع المفقود" سواء كان في الماضي أوالحاضر يؤدي دوراً جوهرياً في الإنتحار، كما في الكآبة، طبقاً للنظرية النفسية الدينامية، فالرفض أو النبذ في حياة الطفولة قد يؤدي بالفرد فيما بعد إلى أن يطور دفاعات ضد الألم. وإذا ما كان هذا الفرد قد عانى حالة فقدان في الطفولة، ويعاني في حاضره من نبذ أو عزلة، وتشوش في استعمالاته لآلياته الدفاعية، فإنه قد يقدم على الإنتحار. ويرى عدد من المنظرين النفسيين الديناميين أن بعض الأطفال الذين تعرضوا في طفولتهم إلى صدمات مؤلمة من فقدان شخص عزيز عليهم، فإنهم عندما يكبرون، قد يكبر معهم الاعتقاد بأن العلاقات الشخصية الحميمة لا يمكن أن تدوم. بل قد تنمو في داخلهم "ساعة زمنية" يحتكمون إليها في حساب المدة التي ستستغرقها العلاقة الحميمة إلى أن تصل نهايتها الحتمية. ويميل هؤلاء الأشخاص إلى إرتكاب الإنتحار في مواعيد تسجل للذكرى، فيتصورون حياتهم في أيام لها معانٍ خاصة جداً ، مثل أعياد ميلادهم أو ذكرى زواجهم.

المنظور الإنساني الوجودي

يضع الإنسانيون والوجوديون توكيدهم الأكبر في تفسير الإنتحار على مواجهة الفرد لحقيقة الموت، إذ يفترض مي(May, 1958) بأن الموت هو الذي يمنح الحياة الحقيقية المطلقة. ويذكر هذا المعالج النفسي تعليقاً لطيفاً لأحد مرضاه الذي قال: "أنا أعرف شيئين فقط: الأول هو إنني سأموت يوما ما، والثاني إنني الآن لست بميت..والسؤال الوحيد هو: ماذا أفعل في الفترة بينهما؟".

هـذا يعـني أن معرفتنـا بحتميـة المـوت تـدعونا إلى أن نأخـذ الحيـاة بجدّيـة تامـة، وأن نستثمرها في تحقيق إمكاناتنا العظيمة، وبهـذا يصبح الإنتحـار، على وفـق هـذه النظـرة، إنهزامية وإهداراً لإمكانات الفرد التي كان ينبغي عليه أن يحققها.

ويدعي بوس(Boss, 1976) بأن جميع حالات الإنتحـار تكـون مسبوقة"بإنتحـار جزئـي وجودي"، هو الإنعزال عن الآخرين والتخلي عن المسؤولية، والامتناع عن متابعة القيم الأصيلة في الحياة، وبهذا يكون الإنتحار العقلي ليس أكثر من ذروة أو نهاية سلسلة من الإختبارات غير الأصيلة، ولهذا يركز العلاج الإنساني الوجودي للإنتحار على جعل الفرد يدرك بشكل تام وجوده الحاضر، على أمل أن يجد فيه ما يكفي مـن المعنـى لأن يبدأ حياته مـن جديد بإيقاع أصيل. وأن يحاول المعالج أيضاً أن يجلب انتباه المريض إلى إمكاناته وقدراته ليدرك قيمتها من أجل مواصلة الحياة.

ولعل هذا التفكير هو الذي قاد إلى تأسيس هواتف تعمل لأربع وعشرين ساعة في اليوم في خدمة الأشخاص الذين يفكرون بالإنتحار لمساعدتهم في الإمتناع عن قتل أنفسهم، وقد أطلق على هذه الهواتف"الخطوط الساخنةHotlines" يمكن لمن يريد الإقدام على الإنتحار أن يتحدث عبر هذا الخط مع شخص يتعاطف معـه أو صـوت صـديق يسمعه عادة ما يكـون متطوعاً لهذا العمل، ويتناقش معه حول همومه ومتاعبه، فيقوم الشخص على الطرف الآخر من الخط الساخن بالتعاطف الوجداني معه، وتشجيعه على التمسك بالحياة.

ماذا تفعل لصديق يريد أن ينتحر؟!

ما الذي يجب ان تفعله(تفعلينه) لصديق(لصديقة) تشك في انـه(أنها) يريـد ان ينتحر؟.

★خذ الموضوع بجدية، بالرغم ان معظم الأشخاص الذين لديهم افكار إنتحارية لا يرتكبون الإنتحار، إلا أن الذين يصرحون لأصدقائهم بنواياهم في الإنتحار، قد ينفذونها فعلاً. عليك أن تبقى هادئاً، ولكن لا تتجاهل الموضوع.

★اطلب المساعدة، إن في مدينتك(خط ساخن) اتصل بـه. وإن لم يوجـد اتـصل بإختصاصي نفسي أو اجتماعي.

★تحدث بإهتمام، تحاور معهم بصراحة وجدية عن رايه في الأشخاص الذين يقدمون على الإنتحار.

★إمنحه الإنتباه، إصغ إليه جيداً، واستعمل معه لغة العيون والجسد، واجعله يعرف انك مهتم به، وحاضر لأي شيء يقوله.

★إسأله بشكل مباشر ما إذا كانت لديه خطة لتنفيذ الإنتحار، وما هي تلك الخطة.

★قدّر مشاعر الشخص، ولا تحكم عليها.

★أعد التوكيد له بأن الأشياء يمكن ان تصبح احسن، واكد لـه أن الإنتحار هـول حلّ نهائي لمشكلة طارئة.

★حاول أن لا تتركه لوحده، إلى ان توصله إلى إستشاري نفسي.

المنظور السلوكي

طبقاً إلى أولمان وكراسنر(Ullman & Krasner 1975) فإن تدمير الذات ما هي إلا نتيجة انتقالية محددة في النمط الشخصي للتعزيزات .فالخاصية الجوهرية لهذا النمط"الإنتحاري" الجديد هو أن تقدير أو تثمين الشخص للموقف الحياتي الحاضر لا يشكل مصدراً يفي بالمراد من التعزيزات. وهذا يعني أن الإنتحار ينجم من فقدان فعلي أو متوقع، أو متصور(متخيل)، لمعززات ذات قيمة عالية مثل:عمل، وظيفة، صحة، أصدقاء، عائلة، وما إلى ذلك.

وفي الوقت نفسه، فإن مثل هؤلاء الأشخاص لا يتوقعون الحصول على تعزيزات أخرى من بقائهم في الحياة، ولهذا قد يجدون في التفكير بالموت تعزيزاً إيجابياً، إذ أن انتحارهم يجعل الأشخاص الذين يتركونهم وراءهم يشعرون بالأسف من أجلهم. ويظل الأشخاص الذين سببوا لهم الألم يعانون من تعذيب الضمير طوال حياتهم. وبعبارة أخرى فإن هؤلاء الأشخاص قد يرون الموت في أنه يجلب لهم عدداً من الأشياء التي يحبونها ممثلة في: الإنتباه، الشفقة، الرثاء، والإنتقام.

وبهذا المعنى تكون المحاولة الإنتحارية، على وفق ما يرى السلوكيون، شبيهة بالكآبة، أو معظم أنواع السلوك الأخرى، من حيث أنها تتضمن حركة تبتعد عن مواقف لا يوجد فيها تعزيز، وتتجه نحو مواقف تعزيزية، والحل المنطقي هو تغيير نمط التعزيز، وبهذا يكون العلاج السلوكي للذين يحاولون الإنتحار، شبيهاً بالحالات الإكتئابية، بأن تزداد الخبرات السارّة وخفض الخبرات غير السارة، على وفق برامج معينة يسهم فيها أصدقاؤهم وأفراد أسرهم.

★المنظور الإجتماعي الحضاري

يعّد عالم الإجتماع الفرنسي دوركهايم(Durkheim 1897)، أحد أوائل الذين درسوا الإنتحار بصورة علمية، فقد نظر إلى الإنتحار على انه ليس فعل فرد منعزل، إنما فعل فرد في مجتمع، وطبقاً لوجهة نظره فإن الفرد سواء ارتكب الإنتحار أو لم يرتكبه، فإن ما يحدد ذلك، إلى درجة كبيرة هو تكيف الفرد للمجتمع، ما إذا كان متوافقاً معه، أو فيه أحداث تضغط عليه ليغادره بقتل نفسه.

ولقد صنف دوركهايم الإنتحار إلى ثلاثة أصناف رئيسة هي:

الإنتحار الفوضوي(Anomic)، والأناني(Egoistc)، والإيثاري (Altruistic)، ويحدث الإنتحار الفوضوي عندما يمر المجتمع بإضطرابات حادة وأزمات مفاجئة، كما حصل، على

سبيل المثال، في الأزمة الإقتصادية التي حدثت للمجتمع الأمريكي في عام 1929، وفي النمسا بعد الحرب العالمية الثانية، ربما بسبب الضغوط النفسية لخسارتها في الحرب واحتلالها من قبل القوات الأجنبية (Harighurst 1969).

اما الإنتحار الأناني فهو نوع مختلف يحدث بسبب عدم توحد او اندماج الفرد بمجتمعه، حيث لم تعد هناك روابط قوية تشده إلى مجتمعه أو عائلته، بسبب وطأة عوامل قاسية ومحن وظروف غير مريحة في الأسرة أو الحلقة الإجتماعية الخاصة به، فتغدو فصم أوشاج التعاطف الإجتماعي لديه أيسر من التقيد بها.

ومقابل الإنتحار الأناني هناك الإنتحار الإيثاري(يشبه الإنتحار "الملوث" لدى شيندمان الذي ذكرناه سابقاً)، حين ينغمر الفرد كلياً بالنظام القيمي لحضارته، حيث تعلمه تلك القيم من أن هناك ظروفاً خاصة يكون فيها الإنتحار ضرورة ونيل شرف عظيم. ويتجسد ذلك في حالات الإستشهاد والتضحية والفداء في الحروب، التي تكثر في الحضارات الشرقية، كإنتحار الهاميكازي الذي نفذه الطيارون اليابانيون في الحزب العالمية الثانية، وانتحار الكابتن"سمث" قبطان الباخرة"تيتانك" في سنة 1912، عندما غرقت بعد ارتطامها بجبل جليدي عائم، أو الإنتحار بطريقة" الهاراكيري" نيلا لشرف.

ولعل المثال الأكثر دارمية الذي حدث في السنوات الأخيرة، هو إنتحار المئات من إتباع جم جونز في غويانا في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1978. وبالرغم من أن عدداً منهم ربما كان قد أرغم على الإنتحار، إلا أن الكثيرين منهم لبّوا دعوة زعيمهم جونز للإنتحار، مصدقين ما قاله بأن إنتحارهم هذا هو"انتحار ثوري!".

وهناك تفسيرات أخرى متعددة لأسباب الإنتحار بعضها تعزوه لصعوبيات إقصادية، وأخرى تعزوه إلى عوامل وراثية(جينات)، أو ضعف أو خلل يصيب الناقلات العصبية، لا سيما(السيروتونين) الذي يؤدي إنخفاض مستوياته إلى التهيج والعنف والإنتحار .فيما يرى المنظرون السلوكيون المعرفيون أن السبب الرئيس للإنتحار هو إحساس الفرد بالعجز وشعوره بأن المستقبل أصبح مظلماً، وأن الفرصة في تغيره هي والعدم سواء.

أشخاص .....انتحروا

هذه أسماء عدد من مشاهير المنتحرين من علماء وسياسيين وفلاسفة وأدباء وفنانين، نذكرها هنا للتأمل كيف أن أسماء لا معة في تاريخ العالم

آثرت الموت بيدها وباختيارها.

★الملكة(بوديسيا) ملكة إنكلترة، انتحرت بالسم في 62م. آخر لحظة من سحق الجيش الروماني لقواتها التي قادتها للتخلص من الحكم الروماني.

★نيرون. دس خنجراً مسموماً في معدته.

★مارك أنطوني. القائد الروماني عشيق كليوباترة، تناول السم، وتبعته كليوباترة بالأفعى السامة، حزناً على حبها، أو تواريا عن الهزيمة العسكرية والفضيحة.

★رودلف. ولي عهد النمسا انتحر مع عشيقته ماريا.

★الدكتور(سبيرمان) الذي كان له فضل كبير في تقدم مقاييس ومعاملات الذكاء. ألقى بنفسه من شباك داره في أوائل الحرب العالمية الثانية.

★الكاتب والروائي الشهير (همنغواي) صاحب رواية الشيخ والبحر والحاصل على جائزة نوبل.

★الكاتب والمؤرخ(ستيفان زفايج-صديق فرويد) والكاتبة(فرجينيا وولف).

★مارلين مونرو، كانت وحيدة وهي في أوج مجدها السينمائي، وكانت تطمح في أن تتزوج واحداً من عائلة الرئيس جون كنيدي.

★(اسنين) شاعر الفلاحين الروسي، قطع شريانه ليكتب آخر قصائده بدمه، وشنق نفسه وهو في الثلاثين من عمره.

★وانتحر ملك الشخاط إيفار كروجر عام 1932، وكان مليونيراً في قمة المجد والقوة.

★وانتحر الرسام الشهير فان كوخ، وكذلك الفنان موديلياني.

★وانتحر الأديب الفرنسي(هنري دي مونترلان) بطلقة مسدس في مسكنه عام 1972، في باريس بعد أن هدته الشيخوخة، وكان عضواً في المجتمع العلمي الفرنسي.

★وانتحر (باتشيلور) أستاذ الأمراض النفسية في جامعة سانت اندروز بإنكلترة.

★وحاولت المطربة داليدا الإنتحار مرتين بعد أن قتل خطيبها الأسبق فانتابها يأس شديد، ثم. انتحرت!.

★وانتحرت الفنانةسعاد حسني، كما ذكرت الصحف.

★والقائمة طويلة، لكننا نختمها بالشاعر اللبناني خليل حاوي، الذي انتحر عام 1982، احتجاجاً على الدعارة والوحشية التي ارتكبها الإسرائيليون بحق الفلسطينيين.

قال حاوي:(الجماهير التي يعلكها دولاب نار من أنا حتى أرد النار عنها والدوائر)

المصادر

◆الدباغ، فخري، الموت إختياراً. دار الطليعة، بيروت، 1986.

◆جاسم، رفعت عبد الله. اثر عزو الفشل على الأداء اللاحق، كلية الآداب، جامعة بغداد، 1990، (رسالة ماجستير في علم النفس).

◆صالح، قاسم حسين، الشخصية بين التنظير والقياس، جامعة بغداد، 1988.

-Alloy, L. B. & Abramson, L.Y. Induced mood and the illusion of control, Journal of Personality and Social Psychology,1981, 41, 1129-1143.

-Baum, A. et. Al, Social Psychology. Random Mouse, 1986.

-Beck, A. T. Depression: Clinical, Experimental,and Theoritical aspects. New York, Harper and Row, 1967.

-Becker, J. Affective disorders, Morristown, N. J.: General Learning Press.

-Boyed, H. & Weissman, M. M. Epidemiology of affective disorders: A rexamination and future directions, Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 1039-1045.

-Breed, W. Suicide and Loss in social interaction. In E. S. Shneidman, ed., Essays in self-destruction. New York: Science House, 1967.

-Cantwell, D. P. Childhood depression: A review of current research. In B.B. Lahey and A. F. Kazdin, eds., Advance in Clinical Child Psychology: Plenum Press, 1982.

-Carroll, B. J. et al ., Aspecific. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 15-22

Nolen-Hoeksema, S. Abnormal Psychology. McGraw-Hill, 2001.

-Santrock, J. W Psychology. McGraw-Hill, 2000.

-Lahey, B.B. Psychology. McGraw-Hill, 2001.

-Clark, D. M. & Teasdale, J.D. Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of postive and negative experiences. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 9, 78-95.

-Egeland, J.A. & Hostetter, A. M. Amish study, I: affective disorders among the Amish. American Journal of Psychiatry, 1983, 140, 56-61.

-Engel, G.A. Life sitting conductive to illness: the giving-up-giving-up, Complex. Builletin Clinic, 1968,32, 355-365.

-Epstein, H. Asin or night ? The New York times magazine, 1974, 91-94.

-Gotlib, I. H. & Robinson, L, A. Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer rated behavior. Journal of Abnormal Psychology, 1982, 91, 231-241.

الفصل الخامس عشر

إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

Post- Traumatic Stress Disorder

المقدمة

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطاً نفسية متعددة، والضغط (Stress) هو أحداث خارجة عن الفرد، أو متطلبات استثنائية عليه، أو مشاكل أو صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتراً أو تشكل له تهديداً بفشل في السيطرة عليه.

ولقد جرى تشخيص هذه الإضطرابات ودراستها بصورة منهجية تبعاً لوضوح أعراضها وشيوعها، والتقدم العلمي في مجال علم النفس والطب النفسي. ويمكن تحديد "الهستيريا" بوصفها أول إضطراب من مجموعة الإضطرابات التي تعقب الأحداث الضاغطة يتم دراسته وتوصيف أعراضه بصورة منهجية، فيما يعد إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Post Traumatic Stress Disorder-PTSD)آخر إضطراب في هذه المجموعة يتم الإعتراف به في التصانيف الطبية النفسية، على الرغم من وجود أفكار سابقة ذات علاقة به مثل صدمة القنابل (Shell Shock) والصدمة العصبية(Nervous Shock). ففي عام(1980) تم الإعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD)، وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي(DSM-III)

.(Weiten, 1998,P,534:Eysenck,2000,P,691)

ويعود السبب الرئيس في تعرّف هذا الإضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية. فقد لوحظ في السبعينات(1970) على الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام، أعراض إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وذلك بعد تسعة أشهر إلى ثلاثين شهراً من تسريحهم من الخدمة العسكرية، وقد آثارت هذه الملاحظة دهشة الباحثين. فالمتوقع هو حصول أعراض هذا الضغط في أثناء المعركة أو بعدها بأيام، وليس بعد إنتهاء الحرب بسنتين او ثلاث!. بل إن قسماً من أولئك الجنود ما يزالون يعانون من أعراض هذا الإضطراب على الرغم من مرور أكثر من ربع قرن على تلك الحرب، تقدر الدراسات عندهم بنصف مليون من الجنود الذين شاركوا فعلاً في حرب فيتنام(2004، Weiten).

ومع أن وسائل الإعلام في الولايات المتحدة جعلت إنتباه الناس باتجاه ربط إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) بخبرات الحرب الفيتنامية، إلا أنه لوحظ أن هذا الإضطراب يحدث استجابة لحالات اخرى من الضغوط الحادة.

وتوصلت بعض الدراسات إلى انه يوجد في(5) من كل (ألف) من الرجال، و(13) من كل (الف) من النساء، في المجتمع بشكل عام(1995، Gleitman، 2004، Weiten).

ولقد دفعت نتائج البحوث هذه إلى التساؤل عن أنماط الضغوط الحادة- غير الحروب- التي ينجم عنها إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فوجد الباحثون أن السبب الأكثر شيوعاً بين النساء هو الإغتصاب الجنسي، إلى جانب أسباب أخرى مثل رؤية شخص ما يموت، أو يتألم من جرح بليغ، او التعرض إلى حادثة خطيرة، أو اكتشاف خيانة زوجية. فيما كانت الأسباب الأكثر شيوعاً بين الرجال تعزى على خبرات المعارك أو رؤية شخص ما يحتضر. وأن هذا الإضطراب (PTSD) يكون شائعاً بين الناس عموماً الذين يتعرضون إلى الكوارث الطبيعية والبيئية من الفيضانات والزلازل والحرائق وحوادث القطارات والطائرات.

وهكذا أصبح هذا الإضطراب معروفاً بين الناس ومعترفاً به في التصانيف الطبية النفسية، حيث وصفته الصورة المنقحة للمرشد التشخيصي(DSM-III-R, 1987) بأنه " اي حادثة تكون خارج استجابة مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي (Distress)"، تكون استجابة الضحية فيه متصفة ب"الخوف الشديد، والرعب، والشعور بالعجز". فيما نبهت آخر صورة لهذا المرشد الطبي النفسي(DSM-IV,1994,P,248) إلى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) وبين إضطراب الضغط الحاد(Acute Stress Disorder) حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدمي، فيما يستعمل إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط.

-إشكالية المصطلح:

سمي هذا الإضطراب بأسماء ومصطلحات متعددة، ولأنه ارتبط أصلاً بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام(Post Vietnam Syndrom)، والحالات الصدمية ما بعد فيتنام(Post Vietnam Traumatic States)، ومتلازمة معسكرات الأسر(Concentration Camps Syndrom) ومتلازمة ما بعد معسكرات الأسر(Post- Concentration, Camps Syndrom)، ومتلازمة استجابة ضغط ما بعد

المعركة(Post Combat Stress Response) وعصاب الصدمة النفسية(Traumatic Neurosis)(Parson,1985,P,171). ثم استقر في التصنيف الطبية النفسية بصورها الأخيرة على تسميته ب"إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (-Post Traumatic Stress Disorder PTSD)، (ICD-10, 1992, DSM-IV,1994).

ولقد ترجم هذا المصطلح إلى اللغة العربية بصياغات مختلفة، فمنهم من ترجمه إلى" إضطراب الشدة النفسية عقب التعرض لصدمة"(النابلسي، 1991، ص21)، ومنهم من ترجمه إلى"عقبى الكرب الرضحي"(اليان وجون، 1997، ص22")، وآخرون ترجموه إلى"إضطراب عقابيل الضغوط النفسية"(الكرخي، 1994) و"إضطراب الإجهاد ما بعد الشدة"(السامرائي، 1994) و "إضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية "(العطراني، 1995)و" إضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية "(اليونسيف، 1995)(في:الكبيسي، 1998، ص3).

وبالنظر إلى انه لا يوجد من هذه المصطلحات مصطلح واحد نتفق عليه فإننا اعتمدنا له مصطلح"إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية" كونه حظي باتفاق خبراء في الطب النفسي وعلم النفس واللغتين العربية والإنكليزية(الكبيسي، 1998، ص40).

-التصنيف

يرد تصنيف منظمة الصحة العالمية الخاص بالإضطرابات العقلية والسلوكية(ICD-10) إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) ضمن الفئة (F40-F48) الخاصة بالعصاب والإضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر(Neurotic, Stress-related and Somatoform Disorders)، ويضمه ضمن الفئة الفرعية الخاصة ب"ردود الفعل نحو الضغط الحاد وإضطرابات التكيف"، والتي تشمل خمسة أنواع هي:

1. ردة فعل الضغط الحاد(Actue Stress Reaction).
2. إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية
. (Post Traumatic Stress Disorder)
3. إضطرابات التكيف(Adjustment Disorder).
4. ردود فعل اخرى نحو الضغط الحاد
.(Other Reactions to Sever Stress)
5. غير محدد(Unspecified) (P.30) .

ويرد هذا الإضطراب في الصورة الأخيرة للدليل التشخيصي الإحصائي

(DSM-IV,1994) يضمن المحور السابع الخاص بإضطرابات القلق (Anxiety Disorders) التي تشمل كلا من :الرهاب (Phobia)، والفزع أو الهلع(Panic)، والقلق العام (Generalized Anxiety)، والوسواس القسري(Obsessive- Compusive)، وضغط ما بعد الصدمية(Posttraumatic Stress)(Sdorow,1995,P,503).

ويورده باحثون آخرون بضمن إضطرابات التفكك أو الإضطرابات الإنشطارية(Dissociative Disorders) معللين ذلك بأن إضطرابات التفكك هي في الحقيقة حالات حادة من إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) ، وأن التفككات الحاصلة في هذا الإضطراب يجب إعادة تصنيفها بوضعها تحت عنوان" الإضطرابات الإنشطارية(Dissociative Disorders) "، وذلك لأن الأفراد المصابين به يبعدون أنفسهم نفسياً(Psychologicaly) أو "ينفصلون (Dissociate) عن الأحداث الجارية من حولهم. وهذه هي الخاصية التي تميز عدداً من الأعراض التي تسمى الآن"إضطرابات التفكك أو الإضطرابات الإنشطارية Dissociative Disorders" (Gleitman ،1995 ،P ،750). غير أن هذه الإضطرابات يضعها(DSM-IV) في المحور العاشر ويصفها بأنها إضطرابات تكون فيها الدراية الواعية منفصلة عن الأفكار والمشاعر والذكريات الخاصة بالفرد من قبيل فقدان الذاكرة النفسي(Psychoenic Amnesia)، وحالة الهيام النفسي(Psychoenic Fugue) (راجع الفصل السادس عشر). كما أن تصنيف(ICD-10) لا يورد إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) بضمن فئة إضطرابات التفكك التي شملت عشرة إضطرابات.

ومهما يكن من اختلاف في تحديد عنوان الفئة أو صنف الإضطرابات الذي يندرج تحته إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) فإن هنالك إتفاقاً بين التصانيف الطبية النفسية بخصوص أهم أعراض هذا الإضطراب.

-الأعراض ومعايير التشخيص

يصف الدليل التشخيصي(ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO) إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بأنه استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جداً، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً. من قبيل: كارثة من صنع إنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر(آخرين) في حادثة عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب، أو إرهاب، أو إغتصاب، أو أي جريمة أخرى(P,147).

ويشير هذا الدليل إلى ان العوامل الإستعدادية المتمثلة بسمات الشخصية، أو تاريخ سابق لأمراض عصابية، ربما تساعد في تطوير أو تنشيط هذا الإضطراب، غير انها ليست ضرورية ولا كافية لتفسير حدوثه (P,148).

وترد أعراض هذا الإضطراب متشابهة في كل من الصورتين الأخيرتين للدليلين(ICD-10) و(DSM-IV) ولدى أغلب الباحثين أيضاً
(Gleitman,1995,Weiten,2004,Eysenck,2000).

على أننا سنحدد أعراض إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) بثلاث فئات رئيسة، مع شرط في التشخيص يتمثل في ان تستمر أعراض كل فئة منها لأكثر من شهر، وعلى النحو الآتي:

اولاً: إعادة خبر الحدث الصدمي:

ويعني هذا المعيار ان يستعيد المريض أو يتذكر الحدث الصدمي الذي خبره، ويتم ذلك بواحدة أو أكثر من الطرائق الآتية:

أ.كوابيس أو آلام مزعجة ومتكررة، لها علاقة بالحدث الصادم(وهي اكثر الأعراض شيوعاً).

ب.ذكريات وأفكار ومدركات إقتحامية وقسرية ومتكررة عن الحدث، تسبب الحزن والهم والتوتر.

ج.الشعور كما لو ان الحدث سيعاود الوقوع، وتذكر الحدث على شكل صور أو خيالات.

د.إنزعاج إنفعالي شديد لأي تنبيه يقدح زناد ذكريات الحدث الصادم(رؤية مكان يشبه مكان الحادث، رؤية شخص كان موجوداً ساعة وقوع الحدث، رؤية جنازة، وأي تنبيه يذكره بالحدث الصادم).

ثانياً: تجنب التنبيهات المرتبطة بالحدث الصادم:

وتعني ظهور استجابات تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة، وتتبدى أعراض هذا المعيار بواحد أو أكثر من الطرائق الآتية:

أ.تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر الفرد بالحدث الصدمي.

ب.طرد الأفكار والإنفعالات التي تذكره بالحادث، وتجنب الحديث عنه مع افراد آخرين، وقد يضطر إلى تناول العقاقير أو المخدرات أو الكحول، هرباً من كل شيء يذكره بالحادث.

ج.إنخفاض في ممارسة الفرد للنشاطات أو الهوايات التي كان يزاولها ويستمتع بها قبل الحادث.

د.فتور عاطفي ملحوظ، لا سيما ضعف القدرة على الشعور بالحب.

هـ.الإبتعاد عن الآخرين والشعور بالعزلة عنهم.

ثالثاً: أعراض فرط الإستثارة:

تعني ظهور حالات من الإستثارة لدى الفرد، ما كانت موجودة قبل تعرضه للصدمة، وتظهر أعراض هذا المعيار بواحد أو أكثر من الآتي:

أ.صعوبات تتعلق بالنوم، كأن يستيقظ في الليل، ولا يستطيع النوم ثانية.

ب.نوبات غضب أو هيجان، مصحوبة بسلوك عدواني، لفظي أو بدني.

ج.حذر أو تيقظ شديد وصعوبة بالغة في الإسترخاء.

د.صعوبات في التركيز على أداء نشاط يمارسه، أو متابعة نشاط يجري أمامه.

هـ.ظهور جفلة غير عادية لدى سماع المريض صوت جرس أو هاتف،وأي صوت آخر مفاجئ، وحتى عندما يلمسه شخص بشكل مفاجئ.

ومع أن هذه الأعراض هي الرئيسة، فإن هناك أعراضاً أخرى تظهر على المصابين بهذا الإضطراب(PTSD) من قبيل: القلق النفسي، الكآبة، والشعور بالذنب، فضلاً عن وجود مشكلات أسرية، وأفكار انتحارية، وعنف إنفجاري(Davsion & Neale,1996).

التوجهات النظرية في تفسير إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية :

تتعدد وجهات النظر في تفسير إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، نوجز أهمها بالآتي:

1.التوجه الحياتي(البيولوجي)(Biological Approach)

يقوم هذا التوجه على افتراض أن هنالك عوامل وراثية(Genetic Factors) تؤدي إلى حدوث إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. ولقد تم التحقق من هذا الإفتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم، فلقد وجد(Skreet al , 1993) إتفاقاً أكبر في إضطراب (PTSD) بين التوائم المتطابقة(Identical Twins) بالموازنة مع التوائم الأخوية (Fraternal Twins). واستنتج(Skre) وزملاؤه بأن "النتائج تدعم فرضية مساهمة الوراثة في تسبيب(Causation) إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD)"(ص85).

وتوصل(Trueet, al, ،1993) إلى الإستنتاج نفسه من دراسة أجروها على عينة أكبر من التوائم التي استهدفت تعرف التأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، فوجدوا ان نسبة الإتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الأخوية، وكانت معاملات الإرتباط لأعراض إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية تتراوح بين(+0.28 إلى0.41) في التوائم المتطابقة، فيما تراوحت هذه المعاملات بين التوائم الأخوية بين(+0.11 إلى+0.24)

وكان (Foyet. Al, ،1987) افاد بدليل ربما كانت له علاقة بالفرضية الوراثية. فمن خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج، توصل(Foy) وجماعته إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم إلى المعارك، ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون بإضطرابات نفسية، ويستنتجون بأن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أفراد يشكون من امراض نفسية، تكون قابلية او شدة تأثره النفسي بالأحداث الصدمية عالية، فتؤدي إلى الإصابة بإضطراب(PTSD) (في:2000، Eysenck, P,693).

2.التوجه الحياتي الكيميائي(Biochemical Approach)

ينضوي هذا التوجه تحت المنظور الحياتي(البيولوجي) غير أنه يركز على العوامل"البايوكيماوية". فلقد افترض عدد من المنظّرين.

(Krystal et. Al,1989) مثلاً، أن التعرض لحادث صدمي (Traumatic Event) يؤدي إلى الحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية، وتحديداً إلى زيادة في مستويات النورأدرينالين (Noradrenaline)والدوبامين(Dopamine)، وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات إستجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل واسع.

وتفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية(البيولوجية). فلقد وجد كوستن وزملاؤه(1987، Kosten et, al)أن مستوى النوأدرنالين والأدرنالين كان عالياً لدى المرضى بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD). وكان كولك وزملاؤه (1985، Kolk et, al) قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين والنورنالين لدى الأفراد الذين يعانون هذا الإضطراب وأشارت دراسات أخرى إلى زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي(Autanomic) لدى المصابين بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(Textbook of Psychiatry, 1997). وتوصلت دراسات أجريت على

الحيوانات عند تعريضها للضغوط إلى أن المواصلات أو الناقلات العصبية (Neurotransmitters)- وهي مواد كيماوية تقوم بالتوصيل بين الأعصاب- يضطرب عملها لدى الأفراد المصابين بهذا الإضطراب (في:Eysenck,2000,PP,691-695).

وهنالك فرضية أخرى خلاصتها ان الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم إضطرابات نفسية بعد الكارثة يكون ضعيفاً، وأن ضعف المناعة النفسية"Psychimmunogogy" يجعل الفرد غير قادر على مواجهة كارثة أو حادث صدمي.

ويستنتج(Eysenck ،2000) من استعراضه لعدد من الدراسات بأن المرضى بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يختلفون فعلاً عن الأفراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفسيولوجية والبايوكيماوية. ومع ذلك- يضيف أيزنك- فإن هذه التغيرات الحياتية(Biological) لا ترينا بانها السبب في إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD). وان التوجه الحياتي(البيولوجي) يحتاج إلى توسيع أكثر يأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية في حساسية أو قابلية الإصابة بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(P,693).

-**التوجه النفسي-الدينامي**(Psychodynamic Approach)

ما يثير الحيرة في إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أن بدايته يمكن أن تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي، ولأن فرويد كان قد عدّ صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالإختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان، وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة أنها السبب في الإضطرابات النفسية عموماً، فإن المتظرين النفسيين الديناميين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فلقد حاول(1986، Horowitz) تفسير هذا الإضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها ان الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والإنهاك، ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمداً. غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادراً على ان يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الإحساس بذاته(صالح/1988).

ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي- الدينامي لهوروتز (Horowitz) أنه استطاع أن يزودنا بطريقة لفهم بعض الأعراض الرئيسة في هذا الإضطراب(PTSD). ومع ذلك فإن

النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقية في قابلية تعرض الأفراد للإصابة بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في مواجهتهم لأحداث صدمية.

4.التوجه السلوكي(Behavioural Approach)

معروف عن العلماء السلوكيين أنهم يهملون العوامل الوراثية والسمات الإستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والإضطرابات النفسية، ويؤكدون العوامل البيئية وأهمية التعلم بنوعية(الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوّي وغير السوّي. اللذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم (صالح، 2000).

وعلى أساس هذا الإفتراض اجريت دراسات متعددة، بينها دراسة كين وجماعته(Keane et, al ،1985). فعلى وفق المنهج الإشراطي في إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD) فإن الإشراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي(غير مشروط). فالمرأة- على سبيل المثال، التي كانت تعرضت إلى إغتصاب في متنزه عام قد تظهر خوفاً كبيراً إذا ذهبت إلى هذا المتنزه مستقبلاً، وربما يجري تعميم هذا الخوف على متنزهات اخرى. وعليه فإن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى ما اصطلح عليه السلوكيون بالتعلم التجنبي (Aviodance Learning)، الذي يفضي- من ثم- إلى خفض القلق(في:Weiten ،2004).

ويرى الباحثون أن التوجّه الإشراطي مُصيب من حيث انه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلاً إلى سلوك تجنبي لمثل هذا التنبيه لدى المرضى ب(PTSD)، إلا أنه لا يزودنا بتفصيلات عما يحدث، فضلاً عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد بإضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه(Eysenck ،2000،P ،694).

5.التوجه المعرفي(Cognitive Approach)

يقوم المنظور المعرفي على إفتراض أن الإضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام(صالح، 1999).

وعلى أساس هذا الإفتراض، وضع فوا وزملاؤه(Foa et, al ،1989) نظرية معرفية في إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية(Normal) بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن. فالمرأة التي تعرضت إلى

إغتصاب- في سبيل المثال- قد تشعر بعدم الأمان في حضور اي رجل كان تقابله فيما بعد، فينجم عن ذلك" أن الحدود بين الأمان والخطر تصبح غير واضحة"(P ،167) فيقود هذا إلى تكوين بُنية(Structure) كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى، وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بُنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة في التنبؤ (Predictability) وضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق.

وعلى نحو مماثل- يرى (Miller،1995) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الإدراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديداً ينجم عنه إضطراب في السلوك، وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات(Information-Process) ترجع في الواقع إلى كيلي(Kelly ،1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد، فهو عرف القلق النفسي بأنه"إدراك الفرد للأحداث التي يواجهها على أنها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه".(صالح، 1997، ص19). بمعنى أن الإنسان يصبح قلقاً حين لا تكون لديه بنى (Structuress)، أو حين يفقد سيطرته على الأحداث، فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنية جديدة على وشك أن تدخل نظامه البنائي، أما التهديد فإنه يشعر به عندما يدرك بأن هنالك تغييراً شاملاً على وشك الوقوع في نظام البنى لديه(صالح، 1997)

ومع أن التوجه المعرفي يقدم وصفاً معقولاً لبعض التغييرات المعرفية المصاحبة لإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، إلا انه يترك اموراً خارج حساباته. فليس واضحاً في نظرية فوا(Foa)، لماذا يكون بعض الأفراد أكثر تأثراً من غيرهم في الإصابة بإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، ولم تقل لنا شيئاً بخصوص العوامل الوراثية، فهي أولت إهتمامها بالتركيز على الحادث الصادم، وأغفلت الحديث عن العوامل الأخرى.

6.العوامل الإجتماعية(Social Factors)

يرى باحثون أن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما تعرض إلى حادث صدمي، سيتطور لديه إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، هو مدى حصول هذا الفرد على إسناد إجتماعي، فلقد توصل سولومون وزميلاه (Solomon, Mikulincer ،1988 & Avitzur) من دراستهم التي اجروها على الجنود الإسرائيليين الذين اشتركوا في الحرب اللبنانية، أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الإجتماعي، كانت

لديهم أعراض قليلة من إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(PTSD). وأن الجنود الذين اظهروا إنخفاضاً كبيراً في أعراض هذا الإضطراب كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على افضل إسناد إجتماعي(Solomon et,al ، 1988). ويشير إيزنك إلى أن هنالك دراسات أخرى توصلت إلى النتيجة نفسها(Eysenck ، 2000)

استنتاجات

استعرضنا فيما سبق أهم التوجهات أو النماذج التي اقترحتها المنطلقات النظرية في تفسيرها لأسباب إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)ونستنتج أن كل واحد منها يقدم تفسيراً خاصاً به، ومختلفاً عن الطروحات الأخرى، والملفت للنظر أن بعض هذه النماذج قدمت تفسيرات متناقضة أو متضادة (خذ الفرويدي مقابل السلوكي مثلاً). ومع ذلك فإن نتائج الدراسات تدعم هذه التفسيرات بالرغم ما بينها من اختلافات او تناقض، وهذا يعني أن إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية له أسباب متعددة قد تكون خبرات صدمية ترجع إلى مرحلة الطفولة، أو تعليمات غير مناسبة حدثت على وفق قوانين الإشراط الكلاسيكي، أو عوامل وراثية، أو افكار غير عقلانية ناجمة عن خطأ في إدراك ومعالجة معلومة غريبة، وما على ذلك من عوامل، وأنها- في رأينا- لا تعمل بشكل منفصل بل بصيغة تفاعلية. وتبعاً للحالة الواحدة من حيث التكوين الوراثي للفرد وحالته النفسية وقدراته وظروفه الأسرية والإجتماعية. فمن يحمل استعداداً حياتياً(بيولوجياً) للإصابة بهذا الإضطراب أو ذاك(حتى لو كان فصاماً) قد لا تظهر عليه أعراضه ما لم تقدح زناده أحداث حياتية ضاغطة.

المصادر العربية:

- اليان، فالسا، جون.ج.(1997) تدبير عقبي الكرب الرضحي بواسطة أسلوب التفريغ، المجلة العربية للطب النفسي. المجلد الثامن، العدد الأول.
- السامرائي، محمد عبد الحميد(1994). الإضطرابات النفسية لدى أسرى الحرب العراقيين العائدين من الأسر في الأسبوع الأول لعودتهم، المجلة الطبية العسكرية العراقية، المجلد السادس، العدد الأول.
- صالح، قاسم حسين(1997). الشخصية بين التنظير والقياس. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
- صالح قاسم حسين (1998)، الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
- صالح قاسم حسين (2000).التفكير الإضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية. كلية الآداب، جامعة بغداد، (إطروحة دكتوراة غير منشورة).
- العطراني، سعد سابط جابر(1995). عقابيل التعرض للشداد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل المحيطة به، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، (رسالة ماجستير غير منشورة).
- الكبيسي، ناطق فحل جزاع(1998). بناء مقياس لإضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، (رسالة ماجستير غير منشورة).
- مكتب اليونسيف الإقليمي في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا(1995). مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية، دليل العاملين الإجتماعيين والصحيين ولمعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، عمان، الأردن.
- النابلسي، محمد أحمد(1991). الصدمة النفسية، علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت.

المصادر الأجنبية:

-American Psychistric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3[rd].ed).Washingtion, D. C : Author.

-(1994).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd.ed).Washingtion, D. C : Author.

-Carrison, C. Z. : Weinrich, M.W. : Hardin, S.B. : Weinrich, S. & Wang, L. (1993).PTSD and adulescents after a hurricane, Am., J. Epidemiol. Oct. 138 (7), PP.522-30

-Davison, G. C. & Neale. J.M. (1996). Abnormal Psychology Crevised Gth Edn, New York: Wiley.

-Eysenck, M. W. (2000). Psychology. Astudents handbook, Psychology Press Ltd, Publishers, UK.

-Foa, E. B. : Skeketee, G. & Olasov, R. B. (1989). Behavioural /cognitive conceptulaizations of post-traumatic stress disorder. Behavior Therapy, 20, 155-176.

- Foa, E. B. : Riggs, D. S. & Gershuny, B. (1995). Arousal, numbing and intrusion: Symptom structure of PTSD following assualt. American jpurnal of Psychiatry, 152, 116-120.

-Fontana, A.R.(1995). Attempted suicide among vietnam veterans: A model of etiology in a community sample. Am. J. Psychiatry. 152 (1) :102-109.

-Gleitman, M. (1986).Stress-response syndromes. (2[nd].Edn). New Jersey: Jason Aronson.

-Krystal, J. H. : Kosten, T.R.: Southwick, S. :Mason, J. W. :perry, B. D. & Gillery, E. L. (1989).Neurobiological aspects of PTSD, Review of Clinical ands Preclinical studies. Behavior Therapy, 20, 177-198.

-Rothbaum, B.: Fon, F.: Riggs, D.: Murdock, T. & walsh (1992). Stress disorder in rape victims. Joumal of Traumatic Stress, 5, 455,475.

-Sdorow, L. M. (1995).Psychology. Wm. C. Brown, Inc.

-Solomon, Z. :Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988).Coping, Locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 279-285.

-Skre, I.: Onstad, S. Torgeresn, S. ; Lygren, S. & Kringlen, E.(1993). Atwin study of DSM-III-R anxiety disorders Acta Psychiatric scandinavica, 88, 85-92.

-Sutker, P. B: Allain, A. J.R. & Winsted, D. K. (1993). Psychopathology and Psychiatric diagnoses of world war-II pasfic theater prisoner of war survivors and combat veterans. Am. J. Psychiatry. Feb., 105 (2): PP. 240-245.

-True, W. R. : Rice, J. Eisen, S. A.: Meath, A. C.: Goldberg, J.: Lyons, M. J. & Nowak, J.(1993). A twin study of gentic and environorment contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. Archives of General Psychiatry, 50, 257-264.

-Weiten, W. (2004). Psychology. Themes and Variations. Brooks / Cole Publishing Company.

-World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: Oxford University Press.

الفصل السادس عشر

إضطرابات التفكير
والذاكرة والوعي والإنشطار

إضطرابات التفكير

يرد مفهوم(إضطرابات التفكير) في أدبيات الطب النفسي مقترناً بالإضطرابات العقلية، ويعدّه كثيرون" عرضاً من أعراض الفصام يتصف بفقدان الترابط بين الأفكار وفقر محتواها من حيث المعنى، واستعمال لغة جديدة"، فيما يرى آخرون بأنه"تشويش في قابلية الفرد على إتخاذ حكم، وعلى سرعة التفكير، أو ترجيح فكرة على أخرى". أو هو" عدم الترابط والإتساق بين الأفكار بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة، وعدم قدرته على إكمال ما بدأ به من حديث، وصعوبة في إيجاد المعنى بسهولة، والمزج بين الواقع والخيال"(صالح، 2000، ص38).

وتتعدد طرائق تصنيف إضطراب التفكير، بمعنى لا توجد طريقة واحدة معتمدة، غير اننا، ولغرض السهولة والتبسيط، سنقوم بتصنيفها على النحو الآتي:

اولاً: إضطرابات تتابع أو تدفق الأفكار.

وتشمل الأنواع الآتية:

1تطاير الأفكار، ويعني إزدحام الأفكار في رأس الفرد، وتسابقها على النطق بها، وتدفقها بسرعة غير عادية تفوق الحد الطبيعي، وقد تتغير أهداف تلك الأفكار بشكل سريع، إلا أنها تبقى في الغالب محافظة على الترابط في سياقاتها. ويلاحظ فيه وجود نوع من السجع أو التشابه أو الترابط اللفظي بين الأفكار. وتظهر هذه الحالة في إضطراب الهوس (المانيا).

2تباطؤ الأفكار، ويكون بعكس الحالة السابقة، إذ تأتي الأفكار بسرعة بطيئة جداً، والترابط بينها ضعيف أو شبه معدوم، ويكون في حدود موضوع واحد، غالباً ما يكون مؤلماً أو كئيباً، ويظهر في حالات الإكتئاب.

3توقف الأفكار. يتحدث الفرد، وفجأة يتوقف عن الكلام، فيشعر كان عقله قد غدا

خالياً من الأفكار، ويحدث هذا الإضطراب في حالات الفصام.

4. التفكير الدوامة. في هذا النوع من الإضطراب تعاد الأفكار بتكرار معين بالرغم من إنتهاء موضوعها والحديث بخصوصه. بمعنى أن الفرد يبقى في دوامة الفكرة نفسها ولا يستطيع التحول والإنتقال إلى فكرة أخرى، وتكثر هذه الحالة في إضطرابات الدماغ العضوية.

5. التفكير غير المترابط. وفيه يتحدث الفرد بتدفق وتلقائية كما لو كان طبيعياً غير أن كلامه لا يوجد فيه ترابط منطقي، فضلاً عن أن الأفكار تبدو غامضة، ويزيدها غموضاً أن الفرد يستعمل"لغة جديدة" أو مفردات غير متداولة، يقوم هو بنحتها. ويحدث هذا الإضطراب في حالات الفصام والهوس والاذهان العضوي.

6. التفكير الخرافي. ويتصف بإنعدام القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم من الأفكار، فضلاً عن أن المريض يخوض في تفاصيل كثيرة ليست لها علاقة بالموضع. ويلاحظ في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الصرع.

ثانياً: إضطرابات عائدية الأفكار والسيطرة عليها.

يشعر الإنسان الطبيعي أن أفكاره تعود إليه وخاصة به، وله قدرة السيطرة عليها. أما الإنسان المصاب بهذا النوع من الإضطرابات فيشعر أن أفكاره غريبة عنه، ولا سيطرة له عليها. وتظهر هذه الإضطرابات في حالات الفصام، وتكون بثلاثة أنواع:-

1. سحب الأفكار. وفيه يعتقد المريض جازماً أن أفكاره تسحب منه برغم إرادته، أو تقلع من راسه قلعاً.

2. زرع الأفكار. وهذه عكس الحالة السابقة، فالمريض يعتقد هنا أن أفكاراً تزرع في عقله برغم إرادته.

3. إذاعة الأفكار. وفيه يشعر المريض أن أفكاره(خصوصياته) معروفة للآخرين. كما لو أن راسه محطة إذاعة تبث أفكاره للجميع.

ثالثاً: إضطراب صيغة التفكير.

يفكر الإنسان السوي بطريقة منطقية وتجريدية(Abstract). بمعنى أنه يعتمد على معاني الأشياء وما يقابلها من الأرقام والألفاظ، ولا يعتمد على وجودها المادي المجسّم، يتوصل من خلالها إلى إستنتاجات وحلول واقعية وعملية، أما في حالة إضطراب صيغة

التفكير فإنه تنعدم القدرة على التفكير المجرد. ويأخذ التفكير صيغة مختلفة وغريبة وتكون على نوعين هما:

1. التفكير المبهم. وفيه يبتعد التفكير عن المواقف الحقيقية أو الواقعية، يشبه ما يحدث في الخيال والأحلام. غير أن الفرد هنا يقوم بأفعال مطابقة لما في خياله. ويحدث في حالات الفصام.
2. التفكير الجامد. وفيه يفتقر التفكير إلى المرونة والتبصر والتجريد والإستنتاج.

رابعاً: إضطرابات محتوى التفكير.

الصفة العامة لهذا النوع من الإضطرابات هي الوهم العقلي، ويقصد به الأفكار والمعتقدات والآراء التي لا تنطبق على الواقع. ولا يمكن ربطها بأساس سببي يفسره، كما لا يمكن إزالتها بالمنطق والإقناع، فضلاً عن تناقضها مع ما هو معلوم عن المستوى الثقافي والإجتماعي للفرد، وتأتي هذه الأوهام بأنماط وصور متعددة على النحو الآتي:

1. الأوهام الإضطهادية. اعتقاد الفرد بأنه مضطهد، وأن الآخرين يراقبونه ويضمرون له العداء ويتآمرون عليه لإلحاق الأذى به. وشعوره بأن حيفاً لحق به أو ظلماً أصابه، أو أنه معرض لهما، وتأتي هذه الأوهام في حالة المصاب بالزَّوَر الفصامي(البارانويا).
2. أوهام العظمة: وأوهام الضعة. في الأولى يضفي المريض على نفسه مظاهر العظمة، وأنه يتمتع بأهمية فريدة أو عبقرية أو قوة. وتظهر واضحة في حالة النرجسية، وفي الثانية(الضيعة) يصف المريض نفسه بعدم الأهمية والتفاهة.
3. أوهام العائدية أو المرجعية: اعتقاد المريض بأن ما يدور من كلام بين الناس أو حركات أو احداث على انها تعنيه هو بالذات. اي أنه يربط بين الذي يحدث حوله من قريب أو بعيد وبين نفسه، بل يصل الأمر إلى ان الخبر الذي تناقلته القنوات الفضائية ليلة البارحة(خبر مهم مثلاً) كان يعنيه هو...وأن الحرب ستقوم من أجله، ويكثر هذا في حالة الهوس والزور(البارانويا). وهناك نوع منها يكثر في حالة جنون العشق. كاعتقاد الفتاة بأن"المطرب الفلاني" الذي لا يعرفها أصلاً، أصدر "البومه" الغنائي الأخير من أجلها، وأنه عندما يظهر يغني في التلفاز ويقول"حبيبتي" فإنه يعنيها هي بالذات!.
4. أوهام العدم: وفيها يعتقد المريض بأن جزءاً منه، أو احد أعضاء جسمه: قلب، معدة، دماغ، ...... لا وجود لها، أو أنها ساكنة لا تعمل. وفي الحالات المتطرفة يدعي المريض بأنه ميت لا وجود له! وتحصل في حالات الإكتئاب الشديد والفصام.

5.أوهام الإثم. وفيها يشعر المريض بالذنب، ويدعي مسؤوليته عن آثام لم يرتكبها، ويصف نفسه بالمذنب الذي ارتكب خطايا فظيعة يستحق العقاب الصارم عليها، ولذلك فهو يسعى إلى التكفير عن آثامه وذنوبه وخطاياه بوسائل مختلفة، من إيذاء النفس وعقابها، بالإمتناع عن الطعام مثلاً، إلى تدمير الذات بمحاولة الانتحار أو إرتكابه فعلاً.

6.الأوهام المراقبة. وفيها يعتقد المريض بأنه مصاب بمرض بالرغم من توكيد الأطباء بأنه سليم من أي مرض وإثبات ذلك بالفحص السريري والفحوصات المختبرية، ومع ذلك يظل يفسر أي ألم جسمي طفيف على أنه دليل قاطع بوجود مرض خطير، ويستمر متنقلاً من طبيب إلى آخر.

إضطرابات الذاكرة

تعرف الذاكرة بأنها"المخزن الذي نخزن فيه كل شيء نحتاج إليه في تعاملنا مع البيئة". أو هي" العملية التي من خلالها نقوم بترميز وخزن واستعادة المعلومات"(صالح، 2001، ص253). ويفترض علماء النفس أن الذاكرة تتضمن ثلاث عمليات أساسيّة هي:

1.الترميز(Encoding): ويقصد به العملية التي من خلالها يحصل تسجيل أولي للمعلومات بشكل قابل للإستخدام في الذاكرة.

2.الخزن(Storage) . ويقصد به الإحتفاظ بالمعلومات التي تم ترميزها في جهاز الذاكرة.

3.الإسترجاع(Retrieval): ويقصد به استعادة ما هو مخزون في الذاكرة إلى مستوى الدراية به أو الوعي لغرض الإنتفاع منه.

في ضوء هذا الإفتراض(الذاكرة تتضمن ثلاث عمليات) فإن إضطرابات الذاكرة تحصل عندما تصاب أو تتعرض إحدى هذه العمليات إلى ضرر أو خلل. ويصنف بعض الباحثين إضطرابات الذاكرة إلى صنفين هما:

أولاً:قصور الذاكرة.

ويكون على نوعين:-

1.فقدان الذاكرة الكلي: ويحدث في حالات الضرر العضوي، مثل ضربة شديدة على الرأس، أو الصرع الحاد.

2.فقدان الذاكرة الجزئي: ويحدث في بعض حالات الهذيان والقلق والإجهاد ، وحالات الضرر الدماغي المحدود.

ثانياً:تشوه الذاكرة.

ويكون على نوعين:

1.تشوه التسجيل. ويحصل في حالات التذكر المسبق من قبيل أن يجد الإنسان نفسه في مكان ويتصور أنه كان قد عاش فيه أو مرّ به. في حين لم يحصل له هذا في الواقع. ويحدث هذا في حالات الصراع، ولدى بعض الأسوياء احياناً.

2.تشوه الإستدعاء: ويقسم على ثلاثة أنواع:

أ.التحريف: وهو تذكر لأحداث ماضية لا أساس لها من الصحة. ويحدث في بعض حالات الضرر الدماغي العضوي وخرف الشيخوخة والفصام المزمن.

ب.التحريف الرجعي: وهو تذكر لأحداث ماضية مصحوب بعملية تحريف بإضافة تفاصيل تتفق وحالة الفرد في ساعتها. ويحصل في حالات الإكتئاب الذهاني والإضطرابات الهذائية.

ج.الذكريات الوهمية: وهو تذكر وهمي. من حيث أنه اعتقاد جازم بالرغم من انه لا أساس لهذا الإعتقاد في الواقع. ويحدث في حالة الفصام الزوري(البارانويا).

إضطرابات الوعي

يعرف الوعي(Consciousness) بأنه "شعور الفرد أو درايته بأحاسيسه وأفكاره ومشاعره التي يعيشها أويخبرها في لحظة معينة" (Feldman, 1996, P, ،144).

ويعني أيضاً، فهمنا الذاتي للبيئة المحيطة بنا ولعالمنا الداخلي الشخصي غير القابل للملاحظة، والوعي له أبعاد متعددة كما له مستويات أو درجات متعددة، منها مثلاً: عندما تودي إمتحاناً مهماً يحتاج إلى تركيز، وكيف يكون الوعي بأعلى درجاته، وعندما تكون في لحظات الغفوة قبيل النوم، وكيف يكون بدرجة واطئة.

ومع ان إضطرابات الوعي أو تصدعه، تتداخل مع إضطرابات الذاكرة والتفكير وبعض الإضطرابات النفسية، بحكم ما يجمعها من وظائف عقلية، فإنه يمكن تحديد أهمها بالآتي:

1.إضطرابات الغيبوبة والإستحواذ(T rance And Possessio Disorders):

الغيبوبة هي حالة تشبه النوم يكون فيها الوعي مفقوداً كلياً أو جزئياً، وفيها يتجرد الفرد عن سياق تفكيره وعاطفته ويطغي على شعوره تجربة عاطفية وفكرية معينة، وقد تتطور الحالة إلى استحواذ، فيتصرف الفرد كما لو أن شخصاً آخراً أو روحاً معينة أو قوة خارجية تأمره. وعندها يحصل فقدان في كل من الإحساس بالهوية الشخصية والدراية التامة بما يحيط بالفرد. وفيها أيضاً يكون انتباه الفرد مركزاً في جانب أو جانبين مما يحيط به، وهنالك في الغالب حركات متكررة ومحدودة، أو وقفة شاخصة، وعليه ينبغي تفريق إضطرابات الغيبوبة عما يحصل في حالات الفصام والذهان الحاد والهلوسات والأوهام أو تعدد الشخصية، فضلاً عن حالات الصرع والتسمم وإصابات الرأس.

2.الإغماء(Fainting).

ويعني الإغماء، بالمعنى العصبي الصحي، فقدان الوعي مع ظهور العلامات العصبية الدالة عليه، وهو من أكثر الأعراض وروداً في إضطراب التحويل(Conversion) (=الهستيريا سابقاً) وأكثر ما يقع في النساء، غير أن الإغماء في التحويل قلّ أن يكون فقداناً كاملاً للوعي. ويحدث الإغماء(أو اللوعة بتعبير العامة) بسرعة، مشروطاً بظروف نفسية متنوعة من قبيل: مفاجأة بمصيبة أو خسارة أو فشل(عاطفي في الغالب، فسخ خطوبة مثلاً أو طلاق

وتتراوح مدة الإغماء من ثوان معدودة إلى ساعات، وقد تستمر ليومين أو أكثر في حالات نادرة.

3.الذهول(Stupor).

ويعني تناقصاً واضحاً في إستجابة الفرد للبيئة. ووعيه أو درايته بها، مع إنخفاض في النشاط العام، وغالباً ما يكون هذا النوع من إضطراب الوعي ناجماً عن أسباب نفسية من قبيل تعرض الفرد لأحداث ضاغطة شديدة وحديثة أو مشاكل في علاقات إجتماعية مستديمة. ومع أن الفرد المصاب بالذهول يجلس من دون حركة لمدة طويلة من الزمن، إلا أنه ينبغي تفريقه عن الذهول الكاتاتوني والذهول الإكتئابي والذهول الهوسي.

4.النومشة، أو المشي أثناء النوم(Somnambulism)

هو حالة بسيطة من حالات تصدع الوعي. ففي أثناء النوم الطبيعي ينشطر جزء من الشخصية ويستولي على زمام الشخصية بكاملها، ينجم عنه أن ينهض الفرد من نومه ويمشي أو يقوم بعمل منظم ثم يعود إلى نومه، وعند إستفاقته لا يذكر شيئاً مما حدث.

وتكثر النومشة لدى الأطفال، فينتقلون في نومهم من فراشهم إلى فراش والديهم، ولا يتذكرون هذا الإنتقال في الصباح، وتحدث بين الكبار أيضاً، عندما يتعرض الفرد إلى ضيق أو إرهاق أو ضغوط حادة او صراع داخلي غير شعوري. ويمكن تفسير النومشة على أنها وسيلة للهرب من ضغط نفسي، أو طريقة للوصول إلى رغبة أو لذة ممنوعة.

ويذكر المرحوم علي كمال حالة طريفة عن فتاة تسكن في قسم داخلي للطالبات مصابة بالنومش، وفتاة اخرى تنام في القاعة نفسها وتتكلم كثيراً أثناء نومها. وقد لاحظت المشرفة المراقبة أن الطالبة الأولى تنهض من نومها أثناء الليل وتذهب إلى سرير الفتاة التي تتكلم في نومها، وتدخل معها في حديث، وتعود إلى فراشها لتنام، وفي الصباح لا تتذكر الفتاتان ما دار بينهما من حديث في الليل!.

الإضطرابات الإنشطارية (التفككية) أو (التفارقية)

Dissociative Disorders

يعرف هذا النوع من الإضطرابات بأنه(إضطراب نفسي تنفصل فيه أفكار الفرد ومشاعره وذكرياته عن وعيه أو درايته) (Sdorow، 1995، P ،511). بمعنى أن العقل الواعي للفرد يفشل في الوصول إلى أفكاره ومشاعره.

وتعرف أيضاً بأنها (صنف من الحالات تتضمن تغيرات معرفية مفاجئة في الذاكرة والإدراك والهوية).(Lahey,2001,P,548). بمعنى أنها تتضمن أكثر من إضطراب لكل منها أعراضه التشخيصية.

هذا يعني أن الإضطرابات الإنشطارية (التفككية) تأتي على أكثر من حال أو وصف أو صورة، وأنها ذات طبيعة نفسية، وأنها تحدث خللاً إنشطارياً أو تفككياً في نشاط محدد لدى الإنسان هو عملياته العقلية المتمثلة بالذاكرة والإدراك والهوية وما يرتبط بها.

والواقع أن كثيرين منا خبروا أحياناً هذا النوع من الإضطرابات ولكن بشكلها الخفيف، فأحلام اليقظة هي خبرة إنشطارية، ذلك إننا عندما نستغرق في هذه الأحلام فإننا نفقد وعينا فلا نعود شاعرين أين نحن وبما يدور من حولنا.

وغالباً ما يكون هذا النوع من الإضطرابات شائعاً في حالات الحرمان من النوم أو التعرض لضغوط نفسية، مثل الحالات التي يتعرض لها الطلبة في أثناء إمتحانات مهمة أو مصيرية، حتى إن بعضاً منهم يشعر كما لو أن(روحه) صارت تطوف خارج جسمه. غير أن هذه الإضطرابات بحالتها المرضية تتضمن قلقاً أو صراعاً حاداً بحيث أن جزءاً من شخصية الفرد ينفصل عن وظيفتها الواعية، ويعيش المصاب بها خبرة التغير الوقتي أو المستمر في الوعي أو الشعور الذي يتضمن فقداناً للهوية الشخصية، وتناقضاً في الرواية بما يدور من حوله، فضلاً عن حرمانات جسدية شاذة أو غريبة(Halgin & Withbourne, 2003,P, 212)

أنواع الإضطرابات الإنشطارية(التفككية)

تضم هذه الإضطرابات أربعة أنواع هي:

إضطراب الهوية الإنشطاري.

إضطراب الهيام النفسي

إضطراب فقدان الذاكرة.

إضطراب اللاشخصانية أو الإحساس باللاانية أو تبدد الشخصية.

وفيما ياتي تعريف وعرض مركز لها.

1.إضطراب الهوية الإنشطاري

(Dissociative Identity Disorder DID). الصفة أو العرض الرئيس في هذا الإضطراب هو أن الفرد يعيش بشخصيتين أو أكثر، وأن هذه الشخصيات قد تكون على دراية ببعضها البعض أو قد تكون في حالة فقدان الذاكرة النفسي(Nolen Hoeksema, (2001,P,375 .

كان هذا الإضطراب يعرف في السابق بتعدد الشخصية Multiple Personality . وأشهر مثال له هو الفلم السينمائي "ثلاثة وجوه لحواء"Three Faces Of Eve Joanne). مثلته الممثلة المعروفة في وقتها(Woodward Joanne) عن حالة واقعية لفتاة اسمها(Sybil).

والفرد في هذا النوع من الإضطراب، يملك في الأقل هويتين أو شخصيتين مميزتين(وقد يصل العدد إلى العشرات والمئات) لكل واحدة أسلوبها الخاص بها في السلوك والإدراك والتفكير والتاريخ الشخصي وبالصورة التي تحملها عن ذاتها (Halgin & Withbourne, (2003,P, 213)، وتعابير الوجه والتحديق، وطريقة الكلام، وعلاقاتها بالآخرين، وقد تكون بعمر مختلف، وجنس أو نوع مختلف Gender وحتى بإستجابات فسيولوجية مختلفة(Hoeksema, 2001, P,376 Nolen).

وللإيضاح فإن ما يحدث في هذا الإضطراب (الفانتازي)، الذي ما يزال يثير الجدل ويرى فيه البعض أنه نوع من التمثيل أو التزييف يقوم به من يرتكب عملاً يخالف القانون ليتخلص من المساءلة، أن الشخصية الأصلية أو المضيفة (Host) يحل أو ينزل عندها ضيوف في الشخصيات البديلة(Alters)، فإذا كانت هناك شخصيتان في الفرد(الأصلية والضيفة) فإنهما تتناوبان السيطرة والمثال الكلاسيكي على ذلك هو رواية ستيفنسن الموسومة:(دكتور جاكيل ومستر هايد)" المحولة إلى فلم سينمائي"حيث يمارس الدكتور جايكل في النهار عمله الإعتيادي كطبيب، فيما يتحول في الليل إلى مجرم سفاح بإسم هايد.

واللافت أن الشخصيات البديلة غالباً ما تكون على ثلاثة أنواع:

الأول: يظهر عند الأطفال وتأخذ الشخصية البديلة هنا دور الأخ الأكبر أو الأخت الكبرى التي تقوم بمهمة حماية الشخصية الأصلية من الصدماتTraumas، وعندما تكون

الشخصية البديلة للطفل هي المسيطرة أو خارج سيطرة سلوك الفرد، فإن الأخ الأكبر أو الأخت الكبرى يتكلم ويتصرف بطريقة مشابهة لسلوك الطفل.

والنوع الثاني:هو الشخصية الإضطهاديةPersecutor Personality. إذ تقوم الشخصية أو الشخصيات البديلة بإيقاع الأذى أو العقوبة بالشخصيات الأخرى، سواء بالحرق أو الإيذاء الجسدي، وحتى محاولات الإنتحار، وقد تقوم بأعمال اخطر مثل القفز أمام شاحنة ثم العودة إلى الرصيف، وكأنها بهذه العملية الدرامية تريد إيذاء الشخصية الأصلية أو التخلص منها دون إيقاع الأذى بنفسها، فاعتقاد الشخصية المضطهدة هو انها تستطيع أن تؤذي الشخصية الأصلية من دون أن تؤذي نفسها، وهو اعتقاد خاطيء بالطبع، لأن كلا الشخصيتين هما في شخص واحد.

أما النوع الثالث فيأخذ نمط الشخصية المساعدة Helper Personality، تكون وظيفتها هي تقديم النصيحة للشخصيات الأخرى، او تقوم بالأعمال التي لا تستطيع الشخصية الأصلية إنجازها(Nolen-Hoeksema, 2001,P,377).

النظريات المفسرة للإضطراب

يتفق معظم المنظرين الذين درسوا الهوية الإنشطاري(DID) على أنه ناجم عن أحداث صادم : (إعتداء جنسي، أو إيذاء جسدي، أو ضغط إنفعالي) وقعت للفرد خلال مرحلة الطفولة، في حالة يكون فيها(الطفل) عاجزاً أو مسلوب الإرادة أو غير قادر على الهرب منها (Nolen-Hoeksema, 2001,P,381). والتفسير الرئيس لهذا الإضطراب يركز في الأحداث المزعجة أو تلك التي لا يمكن تحملها التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وتؤثر في نمو أو تطور مفهوم الذات لديه(Richard & Whitbourne,2003,P,216). فمعظم الأطفال يطورون الإحساس بالذات من خلال التفاعل مع الوالدين والأقران، ويعملون عل استمرارية هذا الإحساس عبر الزمن، غير ان المصابين بإضطراب الهوية الإنشطاري يفشلون في تطور وتكامل واستمرارية الإحساس بالذات. ويفيد المعالجون لهذا الإضطراب بأن معظم المصابين به أفادوا بانهم كانوا في طفولتهم ضحايا إعتداء جنسي أو جسدي(Richard & Whitbourne,2003,P,216).

والسؤال الذي يثار هنا هو: وما الرابط بين الصدمة في الطفولة وإنشطار الهوية؟ والجواب: إن تلك الصدمة ربما تدفع بالطفل إلى (أنا بديلة) كوسيلة للهرب(في حالة فنتازيا)

مـن الواقـع اليـومي. ويـتعلم- مـن خـلال دخولـه حالـة الانـشطار، كمـا لـو كـان منومـاً مغناطيسياً، وغارقاً في الخيال (فنتازيا)- الأفكار التي يشعر من خلالها بأنه شخص آخر.

وهنالك من يرى أن المصابين بهذا الإضطراب يميلون إلى أن يكونوا من النوع الذي يستجيب للإيحاء بسهولة، وأنهم ربما يستعملون التنويم الذاتي Self-hypnosis بوصفه وسيلة للهروب من أحداث صادمة تعرضوا لها، وهم بخلقهم شخصية أو شخصيات أخرى بديلة، فذلك لغرض مساعدتهم على التعامل مع هذه الصدمات. وعلى وفق هذا التفسير تكون العملية واعية، بوصفها إستراتيجية يبتكرها الفرد للتعامل مع الصدمات النفسية بما يجعله يشعر بالأمن لأنه((يكون)) شخصية أخرى وليس الشخصية المستهدفة.

وهنالك بعض الأدلة التي تفيد بأن هذا الإضطراب يكاد يكون محدداً بأسر معينة من خلال دراسات أجريت على التوائم، مما يشير إلى أن النزعة نحو التفكك أو الإنشطار، بوصفه وسيلة دفاعية، ربما يكون له أساس وراثي(Nolen Hoeksema, 2001,P,381).

أما علاج هذا الإضطراب فيكون باعتماد العلاج النفسي Psychotherapy والتنويم الإيحائيHypnosos للكشف عن وظائف الشخصيات البديلة والعمل على إعادة تكاملها مع الشخصية الأصلية. فضلاً على استعمال مضادات الإكتئاب والقلق.

2.إضطراب فقدان الذاكرة الإنشطاري Dissociative Amnesia

في هذا الإضطراب، الذي كان يسمى سابقاً (فقدان الذاكرة النفسي Psychogenic Amnesia)، يكون الفرد غير قادر على تذكر خبرات ومعلومات شخصية مهمة مرتبطة عادة بصدمة نفسية أو أحداث ضاغطة جداً.

هذا يعني أن سبب هذا الإضطراب لا يعزى إلى خلل عضوي في الدماغ، أو ضرر أصابه، أو إلى تناول أدوية أو مخدرات، ولا إلى ما اعتدنا تسميته بالنسيان، فيما يحدث للفرد المصاب به هو وجود فجوة أو سلسلة من الفجوات في ذاكرته بخصوص أحداث سابقة مزعجة أو مقلقة، وجوانب من حياته.

ولهذا الإضطراب أربعة أنواع، كل واحد منها يرتبط بطبيعة الفقدان الذي يصيب الذاكرة. وأكثر هذه الأنواع شيوعاً هو(فقدان الذاكرة الموضعي)، وفيه ينسى الفرد كل الأحداث التي حصلت له خلال فاصل زمني محدد، غالباً ما يكون هذا الفاصل بعد حدث ضاغط جداً ومباشر مثل التعرض إلى حادث سيارة، أو حريق أو كارثة طبيعية، كالمد

البحري والزلازل المدمرة التي اجتاحت بلدان جنوب شرق آسيا في نهاية عام2004 ومطلع عام2005.

والنوع الثاني هو(فقدان الذاكرة الإنتقائي) وفيه يفشل الفرد في تذكر بعض وليس كل التفاصيل المتعلقة بالأحداث التي وقعت خلال مدة زمنية معينة. فالذي نجا من حريق، قد يتذكر سيارة الإسعاف التي نقلته إلى المستشفى، ولكنه لا يتذكر رجل الإطفاء الذي أنقذه.

والنوع الثالث هو: (فقدان الذاكرة العام) وفيه لا يتذكر الفرد أي شيء بخصوص حياته.

أما النوع الرابع فهو:(فقدان الذاكرة المستمر) وفيه لا يستطيع الفرد تذكر أحداث، بدءاً من تاريخ أو زمن محدد إلى اللحظة التي هو فيها الآن، فالجندي مثلاً قد يتذكر طفولته وشبابه إلى اللحظة التي دخل فيها الخدمة العسكرية، ومنها ينسى كل شيء حدث له بعد إشتراكه بأول معركة حربية(Richard & Whitbourne,2003,P,220).

وينبغي الأنتباه إلى أن بعض الأفراد قد يعمد إلى التظاهر بأنه مصاب بهذا الإضطراب، سعياً منه للحصول على منفعة خاصة، أو التخلص من مسؤولية، لا سيما في مجال الجريمة، وقد يلتبس الأمر على المحكمة وحتى على الإختصاصيين النفسيين، كما حدث في حالة أم قتلت وليدها في يوم ولادته. أو كما ادعت (Lorena Bobbit) بأنها كانت في حالة (Amnesia) عندما قطعت العضو الذكري لزوجها(Nolen Hoeksema, 2001,P,385).

3.إضطراب الهيام الإنشطاري Dissociative Fugue

في هذا الإضطراب الذي كان يسمى في السابق(الهروب أو الهيام النفسي)، يغادر الفرد بيته فجأة في سفر أو ترحال ليس له هدف. ولا يعود قادراً على تذكر هويته الشخصية وتاريخه الحياتي، وقد يتخذ لنفسه هوية جديدة. وفي هذه الحالة تكون الشخصية الجديدة(البديلة) أكثر حركة وإنطلاقاً من الشخصية الأصلية للفرد. ويقوم بإبتكار اسم جديد له، وقد ينجح في الحصول على عمل جديد ومكان جديد للعيش، يتعامل فيه مع الآخرين بشكل طبيعي، ويبدو للذين لا يعرفون حقيقة أمره إنساناً عادياً مثلهم.

وهذا النوع من الإ ضطرابات يكون نادراً، وغالباً ما يحدث في اوقات أو ظروف معينة كالحرب والكوارث الطبيعية، غير انه يحدث أحياناً عندما يتعرض الفرد إلى أزمات أو

ضغوط حادة من قبيل مشكلة مالية كبيرة، أو الهرب من عقوبة، أو التعرض إلى خبرة صادمة، واللافت في حالة الهرب أو الهيام هذه أنها إذا انتهت فإن الفرد لا يتذكر ما حدث له في اثنائها.

4. إضطراب اللاآنية أو اللاشخصية او تبدد الشخصية Depersonalization

في هذا الإضطراب تحدث للفرد حالات أو خبرات متكررة من الشعور بالإنفصال عن جسمه وعملياته العقلية، ويكون كما لو انه خارج جسمه يتفرج على نفسه! أو انه في حالة غربة عن الواقع بسبب تبدل إدراكه للواقع.

ومثل هذه الخبرات يمكن ان تحدث للناس العاديين عندما يواجهون ضغوطاً نفسية شديدة، أو يحرمون من النوم، أو يتناولون أدوية أو مخدرات معينة مثل(LSD) والحشيشة، فتبدو لهم الحياة كما لو كانت مسرحاً يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار.

واللافت، أن المصاب بهذا الإضطراب يشعر كما لو أنه ليس حقيقة، أو غير موجود، أو أن جسمه تغير في الشكل أو في الحجم، أو انه صار مسيطراً عليه من قوى خارجية، أو انه صار أشبه بالإنسان الآلي، وفي الوقت نفسه يدرك بأنه ليس إنساناً آلياً بل إن شيء ما غريباً حدث له في جسمه وعقله. ومع انه يدرك بأن هنالك شيء ما خطأ فيه، فإن درايته هذه بحالته تشكل له مصدراً إضافياً لمعاناته، تضطره إلى أن يتحاشى البوح بما أصابه للآخرين، خوفاً من أن يقول عنه الآخرون انه صار (مجنوناً).

وغالباً ما تكون بداية الأصابة بهذا الإضطراب في المراهقة أو بداية الرشد. ويميل الإضطراب إلى ان يكون مزمناً، مع خفوت أحياناً أو إستثارة يقدح زنادها تعرض الفرد إلى قلق أو ضغوط نفسية.

(Nolen Hoeksema, 2001,P,389,Helgin& Whitbourne,2003,P,221)

المصادر

- الدباغ، فخري(1984). أصول الطب النفسي، بيروت، دار الطليعة.
- صالح، قاسم حسين(2000). التفكير الإضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية. كلية الآداب، جامعة بغداد.
- صالح، قاسم حسين(2001).الذاكرة: نماذجة الكلاسيكية والحديثة، مجلة كلية الآداب، العدد 54، ص 253- 273.
- كمال، علي(1983).النفس، إنفعالاتها وأمراضها وعلاجها. دار واسط.

-American Osychistric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd.ed). Washingtion, D. C: Author.
-Helgin, R.R. & Whitbourne, K. (2003). Abnormal Psychology. McGraw-Hill.
-Lahey, B. B. (2001). Psychology. McGraw-Hill, 7 th. Edition..
-Nolen- Hoeksma, S.(2001). Abnormal Psychology. Mx Fraw-Hill.
-Santrock. J.W. (2001). Psychology. McGraw-Hill, 6 th. Edition.
-Sdorow, l,M. (1995). Psychology. W. M. C. Brown, Communications, Inc.
-Weiten, W. (2004). Psychology. Themes and Varistions. (7 th.ed.) An International Thomson Publishing Company.
-World Health Organization (1992). International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems. (10th. Ed). New York.

الفصل السابع عشر

الرُهاب(الخوف المرضي)

الرهـاب(أو الخـوف المرضـي) ترجمـة عربيـة لمـصطلح شـائع هـو"الفوبيـاPhobia". ومفرده(Phobia)مشتقة من(Phobos) وهو آله الخوف عند الإغريق. وتشير على خبرة الخوف المفرطة أو غير المناسبة، أو الخوف الذي يدفع إلى الهرب، وكـان فرويد أول مـن نشر في عام(1909) موضوعاً بشانه عن حالة هانس الصغير. والرهاب(الفوبيا) خوف فجائي مفرط من موضوع او موقف معين. والشخص المصاب به يعرف أن خوفه لا يناسب مصدر الخوف، ومع ذلك فإنه يفقد السيطرة على الإحساس المفرط بهذا الخوف، وهو يرتبط بمثيرات متعددة ومتنوعة تعمل على إحداث هذا الخوف مثل:أماكن شاهقة، مناطق مغلقة، الوحدة، الناس، العواصف، رؤية الدم، الجراثيم، المرض، الحرائق، والحيوانات.

وللرهاب تعريفات متعددة، منها:

- هو إضطراب قلق يتصف بخوف مفرط أو غير مناسب.
- هو خوف شديد ومستمر من موضوع أو موقف لا يعد في الواقع مصدراً واضحاً أو بارزاً للخطر، هو خوف من نوع خاص لا يتناسب وحقيقة الموقف، ولا يوجد تفسير أو سبب واضح له، وهو أبعد ما يكون عن قدرة الشخص في السيطرة عليه أو تجنبه.
- هو خوف مبالغ فيه ولا يحمل في طياته ما يبرره. (Sdorow,1995,:Weiten,1998).

وعليه نقترح التعريف الآتي للرُهاب:

"خوفٌ مفرط أو شديد من موضوع أو موقف، يعّد لدى الآخرين عادياً أو طبيعياً، لا يستطيع المصاب به السيطرة عليه بالرغم من معرفته بأن خوفه هذا غير مناسب".

-التصنيف:

يصنف الرُهاب، على وفق المرشد الطبي النفسي بصورته الرابعة(DSM-IV) ضمن إضطرابات القلق(Anxiety Disorders) التي ترد فيه على النحو الآتي:-

1.إضطراب القلق العام(Generalized Anxiety Disorders) .

2. إضطراب الرُهاب(Phobic Disorder) .

3.إضطراب الفزع(Panic Disorder).

4.إضطراب الوسواس القسري(Obsessive-Compulsive Disorder).

5.إضطراب ما بعد الضغوط الصدمية(Post Tramumatic Stress Disorder).

هذا يعني أن الذي يجمع هذه الإضطرابات الخمسة: هو القلق المفرط، ولهذا تعرّف إضطرابات القلق هذه بأنها: "صنف من الإضطرابات تتصف بمشاعر مفرطة من القلق وتوقع الشر".

أنواع الرُهاب:

هنالك ثلاثة انواع رئيسة من الرُهاب، هي:-

1.الرهاب البسيط(Simple Phobias):

ويتضمن خوفاً شديداً ولا عقلانياً من شيء محدد أو موقف محدد، وهنالك العشرات منها، مثل: الفارة، العنكبوت، الماء، القذارة، الظلام، الوحدة.

وللإختصار يمكن تحديدها بأربعة انماط:-

1.نمط الحيوانات: الفارة، أبو بريص مثلاً(تكثر بين الفتيات في المجتمع العراقي).

2.نمط البيئة الطبيعية: المرتفات، الماء، العواصف....

3.نمط الموقف: في طائرة مثلاً.

4.نمط الإصابة أو حقن الدم.

2.الرُهاب الإجتماعي(Social phobias):

ويمكن تعريفه بانه خوف دائم وواضح من واحد أو أكثر من المواقف الإجتماعية أو الأداء الإجتماعي. بمعنى آخر هو خوف الفرد من المواقف التي يوجد فيها ناس آخرون، ولا يعني ذلك خوفه من إلحاق الأذى به، إنما يخاف أن يمعن النظر فيه، فيشعر عندها بالإحراج أو الخجل، ولهذا فهو إذا كان يأكل ورأى الاخرين ينظرون إليه، فإن الملعقة قد تقع من يده، وإذا كان بيده كوب الشاي فقد ينسكب عليه. ولهذا فإن قلقه المفرط هذا يضعه أمام خيارين، إما أن يتوقف عن الأكل أو الشرب، وإما أن يغادر المكان.

والشخص المصاب بالرهاب الإجتماعي يخاف أيضاً من النقد، أو الظهور أمام الآخرين، أو ممارسة الرياضة بحضورهم، أو مواجهة الجنس الآخر، بل هو يخشى حتى التقاء العيون، وهو إذا تعرض إلى مثل هذه المواقف فإن الشيء الذي سيشغل تفكيره هو خوفه من الفشل أمام الآخرين، ومشكلته أو علته أنه يتوقع حدوث هذا الفشل. ويزداد يقينه بذلك عندما يبدأ وجهه بالإحمرار، وترتعش يداه، ويتصبب العرق منه، وتزداد ضربات قلبه. وتعمل هذه

الأعراض كلها كما لو كانت جرس إنذار بحصول ما لا يحمد عقباه، يدفعه إلى أن يغادر الموقف فيتجنب الموقف الإجتماعي بالهرب منه، أما إذا اضطر مجبراً على البقاء فيه، فإنه سيغض بصره عن الآخرين، وينظر إلى الأرض او الفضاء او اي شيء آخر يشغله عن الاخرين، ويكون صوته ضعيفاً خافتاً.

3.رهاب المجال(Agora Phobia):

جاءت هذه التسمية أصلاً من مصطلح إغريقي هو"الخوف من السوق Fear of the Market Place" واستعملت في عام(1871) لتصف حالة أربعة رجال شعروا بالخوف من مدينة بلازا(1991، Boyd، في: 1996، Sdorow).

ورهابات المجال هذه لها تاريخ يرتبط بنوبات الفزع او الذعر او الهلع (Panic). فالفرد المصاب برهاب المجال يتجنب الأماكن العامة لأنه يخاف من حرج أن يراه الناس وقد تعرض إلى نوبة فزع. ولهذا فإن الأشخاص من هذا النوع يتجنبون الحفلات أو المناسبات أو الأحداث الرياضية، أو التسوق....... وفي الحالات المتطرفة منه، فإن الفرد يبقى حبيس بيته، ويشعر بالذعر إن فكر في مغادرة البيت لأي سبب كان.

هذا يعني أن رُهاب المجال يمكن تعريفه بأنه الرُهاب المرتبط بالخوف من الأماكن العامة، بسبب قلق الشخص بأنه سيقع في إحراج شديد إذا خرج إلى أماكن عامة وتعرض لنوبة فزع، وتعني نوبة الفزع الخوف الشديد من الموت أو ما يفقد الإنسان عقله، تتحدد أعراضها بزيادة في ضربات القلب، التعرق، الإرتجاف، ضيق التنفس، وتصل في الحالات المتطرفة إلى خوف الفرد من الإنفصال عن جسمه.

هذا ويرى بعض الباحثين أن رُهاب المجال يمكن أن يحدث بصورة مستقلة عن إضطراب الفزع(1988، Noyes في Weiten,1998:).

ويعّد رهاب المجال النوع الأكثر إنتشاراً، إذ تصل نسبته إلى حوالي (60%) من الرهابات بشكل عام، ويكون أكثر شيوعاً بين النساء، ومع أن المكان الذي يبعث على الخوف قد يكون مغلقاً: مصعد، نفق، قطار، حافلة/أو مفتوحاً: ملعب رياضي، سوق...فإن ما يجمعها هو أنها: مجالات.

-أسباب الرُهاب:

تتنوع النظريات التي حاولت تفسير الرهاب، فالنظريات الدينامية النفسية (والتحليل النفسي) تفسر كل انواع الرهاب بأنها دفاعات ضد القلق الناجم عن كبت دوافع غير

مقبولة. وأن الآلية التي يعمل بها تكون بتحويل موضوع او موقف مخيف إلى موضوع أو موقف آخر. وأنه بتحويل هذا القلق فإن الفرد يبقى على أو يحافظ على المصدر الحقيقي اللاشعوري(كما في الطفل هانس الذي حوّل خوفه من أبيه إلى خوفه من الحصان). فيما ترى النظرية السلوكية أن الرُهاب (بجميع أنواعه) هو إستجابات متعلمة من مواقف حياتية وانه يتطور إما بالإشراط الكلاسيكي (بافلوف) ثم الإجرائي، بخبرة شخصية، أو بملاحظة آخرين مصابين به.

أما المنظور المعرفي فإن اصحابه يرون أن الرُهابيين يمتلكون تحيزات معرفية بشأن تضخيم المثيرات المهددة، الخارجية أو الداخلية، أو بسبب اعتقادهم أن تفسيراتهم لما يحدث في أجسامهم غير واقعية، فزيادة في ضربات القلب تعني لهم وجود شيء ما خطأ في القلب، يزيد من قلقهم، ويضعهم في دائرة مغلقة على النحو الآتي:(تفسير خاطئ لإحساس جسمي ← قلق ←يزيد من الحالة (إضطراب دقات القلب مثلاً) ← يؤدي إلى فكرة كارثية(الموت مثلاً) ←زيادة في القلق).

أما النظرية الوراثية البيولوجية فترى أن بعض المصابين بالرهاب يحملون استعداداً بيولوجياً او وراثياً. وتشير بعض الدراسات إلى وجود عوامل جينية لا سيما في حالات رهاب المجال.

والراي الأرجح- على ما نرى- أن لكل حالة رهاب أسبابها الخاصة بها، يمكن ان تصدق في تفسيرها النظرية النفسية أو السلوكية أو المعرفية أو الوراثية. وأن هناك حالات يمكن ان يصدق عليها تفاعل أكثر من سبب. فمن لديه استعداد بيولوجي(جينات) للإصابة بالرُهاب، يكون أكثر تعرضاً للوقوع فيه والمعاناة منه، إذا عاش في أسرة توجد فيها حالة رُهاب، أو أنها تعتمد أساليب تنشئة تساعد على تطور الحالة. كأن يكون الوالدان قلقين بشكل دائم.

إيضاح

إضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

احد أنواع إضطرابات القلق، يتصف بقلق مزمن عالي المستوى لا يرتبط بأي تهديد محدد او موقف ضاغط، ويسمى ايضا بالقلق الحر العام Free Floating لأنه لا يوجد له مصدر واضح. فيصبح - بمعنى آخر- واحدة من السمات الرئيسة في شخصية الفرد. والصفة الأساسية لهذا الإضطراب هي(اللهمWorry). فالمصاب به يكون مهموماً بشأن اخطاء الأمس ومشكلات الغد. وغالباً ما يتركز قلقه المستمر هذا في امور صغيرة تتعلق بالأسرة او المدرسة او العمل او الأمور المادية او المرض الشخصي. ويكون هذا القلق مصحوبا بأعراض بدنية مثل: التعرق، والدوخة، واختلال في نبضات القلب، فضلاً عن خيالات منطلقة(فنتازيا) ذات محتوى سلبي، وتصل نسبة الإصابة به في المجتمع حوالي(3٪). والنظريات المفسرة لأسبابه هي:

1. النفسية الدينامية: يحدث عندما لا تستطيع آلياتنا الدفاعية التعامل بشكل سليم مع دوافع الهو، فيما يرى الفرويديون الجدد بأنه ناجم عن تعامل صارم مع الأطفال.
2. الوجودية: تعزوه على قلق وجودي ناجم عن خوف شامل من المعوقات والمسؤوليات المفروضة على الإنسان.
3. المعرفية: تعزوه إلى افكار غير عقلانية، والتركيز على التهديد الذي يقود إلى قلق مزمن.
4. البيولوجية: تعزوه إلى خلل يصيب نوع من المتسلمات العصبية، ونشاط مفرط في الجهاز اللمبي المسؤول عن الإنفعالات.

المصادر

-American Psychistric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV. Washingtion, D. C.
-Sdorow, l. (1995). Psychology. Wm. C. Brown, Communications, Inc.
-Weiten, W. (1998). Psychology. Themes and Variations. International Thomson Publishing Company.

الفصل الثامن عشر

الإضطرابات النفسية الجسمية
(السيكوسوماتيك)

قبل السبعينيات(1970) من القرن الماضي كان المصطلح الشائع هو" الأمراض السيكوسوماتيةPsychosomatic Diseas"، أما المصطلح الحديث لها فهو(Somatoform Disorders) وتعني الإضطرابات الجسمية المظهر، ونظراً لتاريخها الطويل وما صاحب مفهومها من تغيير فقد كان لها تعريفات متعددة منها:

1.تعريف الموسوعة البريطانية:

يعّرف المرض النفسي- الجسمي بأنه الإستجابة الجسمية للضغوط الإنفعالية التي تأخذ شكل إضطرابات جسمية مثل ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وتقرّح القولون والتهاب المفاصل وغيرها(أبو النيل ، 1984، ص31).

2.تعريف منظمة الصحة العالمية(WHO):

إن الخاصية الأساسية للإضطراب الجسمية نفسية المنشأ، هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لإجراء فحوصات طبية، بالرغم من توكيد الأطباء بإنعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض(WHO، 1992، P، 161).

3.تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي(APA):

هي نمط من الشكاوي الجسمية المتعددة والمتكررة، تكون أعراضها واضحة سريرياً قبل سن الثلاثين، ولا يمكن تفسيرها على انها ناجمة عن عوامل مرضية جسمية(DSM-IV,1994,P,448).

4.تعريف(Weiten):

الأمراض السيكوسوماتيك هي إعتلالات بدنية ذات إحساس عضوي حقيقي، ناجمة جزئياً عن عوامل نفسية، وبخاصة الكرب الإنفعالي(535، P، 2004، Weiten.

في ضوء ذلك يتبين وجود اختلافات في اسم المصطلح، إذ كان المتداول هو(Psychosomatic) مصحوباً بمفردة" أمراضDiseases " فيما المتداول

حالياً(Somatoform) وتعني(جسمية الشكل أو المظهر) (Body-Like) مصحوباً بمفردة" إضطراباتDisorders ". وهناك إتفاق على أنها إضطرابات عضوية متعددة أو متنوعة، وأنه يصعب على التشخيص الطبي تحديد عامل مرضي جسمي لها. فيما هنالك اختلاف حول دور العوامل النفسية فيها. فمنهم من يعطيها دوراً جزئياً، فيما الغالبية تمنحها كامل الدور في حدوث هذه الإضطرابات.

وعليه فإننا نقترح لها التعريف الآتي:

هي مجموعة من الإضطرابات تظهر فيها على المصابين أعراض جسمية حقيقية في غياب وجود سبب عضوي ظاهر، في عضو أو أكثر، لا يجد لها الطبيب عاملاً مرضياً عضوياً مشخصاً بيقين ثابت، فتعزى أسبابها إلى عوامل نفسية، وهي غير الأمراض المتعددة التي يصطنعها الفرد للحصول على منفعة معينة، وغير الشكاوي الجسمية التي ليست لها أسباب محددة مثل التعب المزمن.

-انواعها:

تتضمن الإضطرابات النفسية الجسمية المظهر نوعين رئيسين هما توهم المرض، وإضطراب التحويل، وفيما يأتي عرض موجز لكليهما.

1.توهم المرض(Hypochondriasis):

يعّرف بأنه إضطراب جسمي المظهر يقوم فيه الفرد بتفسير التغيرات الجسمية الطفيفة أو الخفيفة بأنها دليل على مرض خطير سيصاب به.

ويتصف هذا الإضطراب بأن المصاب به يتشغل بشكل مفرط بصحته، ولديه قلق متزايد بشأن إصابته بأمراض بدنية، ولهذا يسمى أيضاً بالوسواس المرضي.

مثال لحالة حقيقية:

"لنحنه إسماً من عندنا وليكن(وهمان). رجل في منتصف العمر، يعمل في مدخر للأدوية. كان يقضي ساعات يصف بها مشكلاته ومتاعبه الصحية لكل من يستمع إليه، وكان(وهمان) هذا قارئاً مثابراً للمقالات والموضوعات الصحية التي تنشر في الصحف والمجلات. وكان يتناول أنواع الحبوب والفيتامينات تحسباً أو منعاً لإصابته بمرض محتمل، وكان (وهمان) هو أول من يحاول تجريب أي دواء جديد يطرح في السوق، وكان إن ظهرت عليه أعراض جديدة من المرض آخرها اعتقاده بوجود اختلال خطير في ضربات قلبه، فأخذ

يراجع الأطباء بإستمرار دون حصوله على إجابة منهم تؤكد وجود خلل في جسمه، بل كانوا يؤكدون له أنه في صحة جيدة. غير انه يشكك بوسائل أو ادوات التشخيص التي يستعملها هؤلاء الأطباء فعزا الأمر أخيراً ، بأن مرضه من النوع النادر الذي يصعب تشخيصه حتى على أحدث الأجهزة المتطورة".

والصفة الأساسية في المصابين بهذا الإضطراب، انهم بالرغم من توكيد الأطباء بأنه لا توجد لديهم أمراض حقيقية، فإنهم يشككون في الأطباء ولا يقتنعون بتشخيصهم، كما هي في حالة "وهمان" وهي حقيقية كما أشرنا. ولهذا يبقى المصاب بهذا الإضطراب يراجع الأطباء بحثاً عن طبيب يقول له بأنه مصاب بالمرض الذي يشكو منه.

والمصابون بتوهم المرض(أو:الهايبوكوندريا) لا يعانون بالضرورة من الم أو وجع بدني بقدر ما يبالغون في تفسير أية علاقة ولو كانت خفيفة عن تغير في الجسم أو في الصحة. وهذا الإضطراب غالباً ما يصاحب إضطرابات نفسية أخرى لا سيما القلق والإكتئاب، ولهذا أثار بعض المنظّرين الشكوك بشأن وضع "توهم المرض" في فئة تشخيصية منفصلة، في تصانيف الطب النفسي.

تعريفه:

هنالك أكثر من تعريف لتوهم المرض، نختار منها الآتي:

◆إنشغال دائم بوجود إضطراب جسمي خطير، يتطور ويتحول إلى شكوى جسدية (بدنية) ملحة، أو إهتمام زائد بالمظهر البدني، يتضمن إحساسات وعلامات بدنية عادية أو غير متميزة، يفسرها الشخص بأنها طبيعية، وعادة ما يتركز إنتباه الشخص في عضو أو عضوين من أعضاء جسمه(WHO ،1992).

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، بأن صورته الأساسية تتضح في الآتي:

1.يكون إنشغال الفرد ومخاوفه محدداً بإصابته بمرض حقيقي، في ضوء تفسيره لعرض جسدي معين.

2.يستمر إنشغاله هذا على الرغم من التقارير الطبية المطمئنة.

3.يسبب له إنشغاله هذا حزناً جلياً، أو ضعفاً إجتماعياً ومهنياً، أو إضطرابات في مجالات أخرى.

4.تستمر مدة الإضطراب لستة أشهر في الأقل(APA ،1994).

ونقترح التعريف الآتي لتوهم المرض:

هو إنشغال مفرط بخصوص الصحة، يركز فيه الفرد على عضو أو أكثر من جسمه، ويفسر ابسط علامات التغير فيه بشكل مهول ومبالغ فيه، بأنه دليل على مرض خطير مصاب به اوسيصاب به. ولا يكف عن هذا الإنشغال والهم اليومي حتى لو أثبتت الفحوصات الطبية بأنه سليم معافى.

وينبغي الإنتباه إلى ان(توهم المرض) هو غير(الوسواس القسري). فالأول يصنف في فئة الإضطرابات الجسمية المظهر، فيما يصنف الثاني، الوسواس القسري، ضمن إضطرابات القلق، وبالرغم من وجود تداخل بينهما فإن المصابين بهما يعيشون في خوف من إيذاء الذات، وكلهم ينزعجون من إقتحام أفكار متطفلة تدخل عنوة في ذهن المريض، ولا يمكن السيطرة عليها، والفرق أن المصابين بتوهم المرض ينشغلون بفحص بدنهم(عضو أو أكثر) فيما يكون إنشغال المصاب بالوسواس القسري بافكار تقتحم ذهنه(وساوس) أو الحاجات متكررة للقيام بعمل (قسرية) مثل التأكد من غلق الباب لعشر مرات أو أكثر في الليلة الواحدة.

2.إضطراب التحويل(Conversion Disorder):

يعّرف هذا الإضطراب بأنه فقدان أو تغيّر في الوظيفة الجسمية من دون وجود سبب بدني ظاهر، بمعنى أن الفرد يظهر عليه فقدان في جهازه الحركي أو الحسي أو تغير في الوظائف الفسيولوجية لعضو أو أكثر من أعضاء جسمه، في غياب وجود سبب بدني أو عضوي واحد.

والحالات التي يتبدئ فيها هذا الإضطراب كثيّرة ومتنوعة مثل: الشلل بأنواعه(شلل يد، رجل، إصبع....)، العمى الجزئي أو الكلي، الصعوبة في الكلام، فقدان السمع الجزئي أو الكلي، وما إلى ذلك.

إن المصطلح الأول لهذا الإضطراب هو"الرحام أو الهستيريا Hysteria" وله تاريخ طويل يرجع إلى هيبوقراط، ونظريته المعروفة بأن هذا المرض يصيب المرأة حصراً بسبب جفاف رحمها. ومفردة "Hysteria " تعني بالإغريقية رحم المرأة.

وعلى الرغم من أن عزو إكتشاف" الهستيريا" للإغريق هو الشائع، إلا أننا وجدنا أن الحضارة المصرية كانت قد اكتشفت ذلك قبل الإغريق، وتحديداً في عام(1900 ق.م). وأن حكماء الفراعنة حددوه بأنه يصيب المرأة التي يكون رحمها محروماً من الرطوبة، ويشكو

من اليبوسة، وأن هيبوقراط أخذ هذا التفسير وتبناه وأطلق عليه اسم "Hesteria" الذي يعني رحم المرأة "Uterus" بالإغريقية، ولإعتقاد هيبوقراط بأن هذا الإضطراب يصيب المرأة التي "فاتها القطار" كما نقول، عليه فإنه أوصى بالزواج بوصفه أفضل وسيلة علاج. غير ان هذه النظرية فقدت مصداقيتها مع بداية القرن التاسع عشر، ومع ان إضطرابات التحويل أكثر شيوعاً بين النساء، فإن نسبة كبيرة من الرجال اصيبوا به خلال الحربين العالميتين(Davison & Neal, P,1982 ،180). كما أنها ظهرت على الجنود العراقيين الذين شاركوا في الحرب العراقية الإيرانية خلال السنوات 1980- 1988.

-النظريات المفسرة:

تتعدد وجهات النظر في تفسير الإضطرابات الجسمية المظهر (السيكوسوماتية). فجماعة التحليل النفسي ترى أن كل إضطراب نفسي ما هو إلا نتاج صراع إنفعالي لا شعوري، وأن الإضطرابات الجسمية(Somatoform Disorders) تظهر – على ما يرى فرويد- مع ضعف الأنا بسبب الطاقة التي يستهلكها في عملية الصراع، ويشير الكسندر، إلا أن هذه الإضطرابات (او الأمراض الجسمية) تحدث نتيجة صراع نفسي دينامي يجعل من كل عقدة معينة مرتبطة بمرض معين، فعقدة الإتكال (Dependency Conflict) تولد قرحة المعدة، وعقدة الفراق عن الأم تولد الربو(الدباغ، 1983، ص 210). واطلقت هيلين دوتش مصطلح عصاب العضو(Organ Neurosis) في إشارة منها على أن العضو المصاب إذا كان تعرض إلى آذى نفسي في مرحلة الطفولة، فإنه يصبح في مرحلة الرشد موضوع إنفعال، وهناك من يرى أن هذه الإضطرابات ناتجة بسبب الخوف من التعبير بشكل صريح عن الحالات الإنفعالية، أو عن توترات يصعب التخفيف عنها(مليكة، 1977، ص422).

ومع تعدد وجهات النظر داخل خيمة المنظور النفسي الدينامي، فإنها تتفق على أن الضغوط أو التوترات النفسية وخبرات الطفولة الصادمة تحدث تأثيرها في جانبين من حياة الفرد، الجانب الجسمي، في شكل أمراض من قبيل:القرحة، والربو، وأمراض القلب التاجية، والجانب الإنفعالي من قبيل القلق والإكتئاب والفزع.

اما علماء النفس السلوكيون فإنهم يفترضون أن حدوث الإضطرابات (السيكوسوماتية) تحدث بسبب التعزيز، إما بزيادة الإنتباه نحو إستجابات معينة أو بخفضها(Sdorow, 1995, P,51). فالأطفال يمكن ان يكونوا عرضة للإصابة بهذا الإضطراب (الأمراض) إذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقى تعزيزاً على إظهاره أو شكواه عن آلام بدنية. فيما ينظر علماء النفس من خلال ما صار يسمى بمفهوم إعاقة الذات(-Self

Handcaping). مثل، الشخص الذي يخشى التحدث أمام جماعة معينة انه مصاب بالتهاب في حنجرته لكي لا يلام على أدائه الضعيف في الحديث.

ولعماء النفس المعرفيين أكثر من تفسير، فهم يرون أن المصابين بهذه الإضطرابات الجسمية يركزون إنتباههم بشكل مفرط في عمليات فسيولوجية داخلية، ويحولون الإحساسات الجسمية الطبيعية(Normal) إلى أعراض من الألم والوجع والكرب. تدفعهم إلى مراجعات طبية غير ضرورية بهدف العلاج، وهناك دليل حديث نسبياً يفترض أن الأفراد المصابين بهذا النوع من الإضطرابات لديهم معيار خاطئ بشأن الصحة الجيدة، فهم ينظرون إلى الصحة الجيدة على انها خالية تماماً من اي أعراض أو آلام جسمية حتى لو كانت طفيفة، وهو معيار غير واقعي بالطبع(Weiten,2004,P,573).

ويرى المنظور الحياتي أن المصابين بهذه الإضطرابات قد يكون لديهم استعداد وراثي، من قبل أن جهازهم العصبي يتصف بسرعة إستجابة" رد فعل" ذاتية عالية.

ومنذ أكثر من أربعة عقود تقريباً بدأ الباحثون الكشف عن روابط جديدة بين الضغوط وأمراض كان يعتقد أنها ذات منشأ فسيولوجي خالص مثل أمراض القلب واللوكيميا، وتوصلوا إلى فرز نمط من الشخصية أطلقوا عليه(Type A Personality) يتصف صاحبه بنزعة تنافسية متعددة الأوجه، يسعى إلى الإنجاز السريع، ولديه إحساس بنفاذ الصبر، يستثار بسهولة، ويكون عدائياً، وهو اكثر الأشخاص عرضة للإصابة بإرتفاع ضغط الدم وأمراض الشريان التاجي(صالح، 2000). وهناك نمط ثالث أكثر حداثة هو(Type B Personality)، وجد عند الذين لديهم استعداد تكويني للإصابة بالسرطان.

والأرجح -على ما نرى- أن معظم حالات الإضطرابات الجسمية(Somatoform Disorders) يتوافر فيها استعداد وراثي(أو جيني)، وأن الذي يقدح زنادها هو أساليب التنشئة الأسرية، وأساليب تعامل الآخرين. فإذا كان الطفل الذي يشكو من مرض جسمي يحظى في حينه باهتمام زائد ورعاية مفرطة(تأخذه والدته إلى أكثر من طبيب لحالة مرضية عادية) مصحوبة بتعاطف وجداني من الجيران والأقارب، والأصدقاء وزملاء العمل فيما بعد، فإنه يكون مرشحاً للإصابة بهذا النوع من الإضطرابات، لا سيما في أوقات الأزمات النفسية.

وفضلاً عن إضطرابي توهم المرض والتحويل، فإن الأدبيات الصادرة بعد عام 2000، تضيف نوعين آخرين مميزين هما: إضطراب التجسيد وإضطراب الألم(and Disorders Somatoform pain). وتظهر في هذين الإضطرابين أعراض فسيولوجية ناشئة عن قلق أو

كرب أو ضيق نفسي، ففي إضطراب التجسيد (الجسدية) تظهر على المصاب به أعراض جسمية متعددة ومتكررة، وشكاوي بدنية لها تاريخ طويل من المراجعات الطبية من دون العثور على سبب عضوي لها، وفي حالات يتم إجراء عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها، وكثيراً ما يصاحب هذا الإضطراب إختلال طويل المدى في السلوك الإجتماعي والشخصي والأسري. وهو من أكثر الإضطرابات إنتشاراً في البلدان العربية، أما في إضطراب الألم فإنه يتضمن فقط خبرة الألم المزمن الذي لا تفسير له(Nolen,2001,P,389).

المصادر

- أبو النيل، محمود السيد(1984). الأمراض السيكوسوماتية. الطبعة الأولى، القاهرة.
- الدباغ، فخري(1983).أصول الطب النفسي، الطبعة الثالثة، بيروت.
- صالح، قاسم حسين(2000). التفكير الإضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية، كلية الآداب، جامعة بغداد.
- مليكة، لويس كامل(1977). علم النفس الأكلينيكي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الجزء الأول، القاهرة.

-American Psychistric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washingtion, D.C.
-Davison, G. C & Neal, J.M.(1982). Abnormal Psychology. John Wiley.
-Nolen--Hoeksema. S. (2001). Abnormal Psychology. McGraw-Hill.
-Sdorow, I. (1995). Psychology. Wm. C. Brown, Communications, Inc.
-Weiten, W. (2004). Psychology. Themes and Variations. International Thomson Publishing Company.
-World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO.

الفصل التاسع عشر

التوحّد Autism

تحديــد المفهــوم

مع ان اكتشاف "التوحد"(وبعضهم يسميه الذاتوية) يعود إلى عالم 1943، عندما لاحظ الدكتور(Leo Kanner)، وهو اختصاصي في مجال الطب النفسي للأطفال، وبعض مظاهره، فإنه ظل إعاقة مثيرة للحيرة، ولهذا فإنه لم يظهر في الدليل الإحصائي للإضطرابات النفسية(DSM) إلا في طبعته الثالثة المعدلة في أواخر الثمانينات من القرن الماضي- ثم ظهر في الطبعة الرابعة(1994) منه في ضمن مجموعي اطلق عليها اسم مجموعة"إضطرابات النمو الإرتقاعي الشاملة Pervasive Development Disorders"، التي تضم أربعة إضطرابات هي:الاوتيزم (التوحد)، الاسبرجر، الرت (Rett). وإضطرابات النمو التفسخي(Children Disintergrative Disorder)ووصفها بأنها:

"حالات إضطراب أو توقف في نمو المهارات المتوقعة للطفل في الجوانب الإجتماعية واللغوية والتواصل، وفي رصيد السلوكيات المرغوب فيها، أو فقدها بعد أن تكون بدأت في التبلور في المراحل المبكرة من حياة الطفل بما يؤثر سلبياً في اكتشاف المهارات المختلفة، وفي بناء شخصيته"(APA,1994,P,231).

فيما تعرفه(Wing,1976) بأنه الفشل خلال الطفولة في استعمال الكلام بوصفه وسيلة إتصال، وعدم القدرة على استعمال مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي بالناس واستعمال الوتيرة نفسها في النشاط، وعدم اللعب بطريقة إبداعية (خيالية) بالألعاب مع الأطفال الآخرين(في:يحيى، 2000، ص201).

ويعرفه المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة بأنه إضطراب دماغي(Brain Disorder) يؤثر في قدرة الشخص على الإتصال بالآخرين وإقامة علاقات معهم، والإستجابة للبيئة على نحو ملائم.

ويقدم (Howlin,1995) وصفاً أكثر تفصيلاً فيعرف التوحد بأنه مصطلح يطلق على أحد إضطرابات النمو الإرتقائي(التكويني) الشاملة. يتصف بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة، يؤثر- من ثم- في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والإجتماعي. ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية إنطوائية وإنغلاق على الذات مع جمود

عاطفي وإنفعالي، يصبح لديه جهازه العصبي وكأنه قد توقف تماماً عن العمل، وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على نفسه في عالمه الخاص، وتوقفت حواسه الخمسة عن توصيل أو إستقبال أي تنبيهات خارجية أو التعبير عن عواطفه وأحاسيسه فيما عدا إندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لمدة طويلة، أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص (P,31) .

ومع ظهور تعريفات متعددة للتوحد ، فإن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National Society For Autistic Children) يبدو اكثر قبولاً بين المهنيين، فيصف التوحد بانه مظاهر مرضية أساسية تظهر قبل أن يصل عمر الطفل ثلاثين شهراً ، يتضمن الإضطرابات الآتية:

1. إضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
2. إضطراب في الإستجابات الحسية للتنبيهات.
3. إضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
4. إضطراب في التعلق أو الإنتماء للناس والأحداث والموضوعات.

(في يحيى، 2000، ص203).

في ضوء ذلك يمكن تعريف التوحد بأنه إعاقة في النمو اللغوي والسلوكي والإنفعالي والتعبيري، تظهر على الطفل في السنوات الثلاث الأولى من عمره، ينجم عنها إضطرابات في: الكلام، ومهارة الإتصال بالآخرين، والإستجابات الحسية للتنبيهات البيئية.

ومع ذلك، فإنه ينبغي التعامل بحذر مع هذه التعريفات، فهو لا ينطبق مثلاً على الطفل الذي يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ، ولا يمكن وصف جميع الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون لأسباب تعود إلى خوفه من بيئة أو مصدر غير مألوف بأنها"توحد" فضلاً عن أن التوحد يصيب الأطفال بغض النظر عن مستوى ذكائهم، فقد يكونون طبيعيين أو أذكياء جداً أو متخلفين عقلياً.

هذا وتبلغ نسبة إنتشار إضطراب التوحد(2500/1) ، وتكون نسبته عند الذكور أعلى منها عند الإناث (1/4). ويمكن أن يظهر لدى أكثر من طفل واحد في الأسرة، وإن كانت حالة نادرة الحدوث.

-العلاقة بين التوحد والتخلف العقلي:

ينبغي التنويه إلى أن التوحد لا يعني بالضرورة التخلف العقلي، بل إنك ستندهش إذا

علمت أن بين الأطفال المصابين بالتوحد من يتمتع بقدرات أو مهارات نادرة في الرياضيات(عمليات الضرب أو القسمة المركبة) أو فنون الرسم، أو الموسيقى(يذكر أن الموسيقار العبقري موزارت كان مصاباً بالتوحد). ومن بينهم من يمتاز بذاكرة مذهلة، فيتلو في سن مبكرة أبياتاً من الشعر او الأدب، او يعزف أو يغني الحاناً موسيقية كان قد سمعها من سنين، وهناك أخيراً Temple Grandin الحاصلة على شهادة الدكتوراة في علم الحيوان، كانت في طفولتها مصابة بالتوحد، وقد ذكرت في كتابها التي تتحدث فيه عن طفولتها، انها لا تشعر بالأسف انها كانت مصابة به، بل تصفه بانه كان خبرة مفيدة:(-Nolen Hoeksema,2003).

ومع أن غياب التخلف العقلي لا يمنع من تشخيص الحالة على أنها حالة توحد، فإنه تصاحب التوحد نسبة كبيرة من حالات التخلف العقلي، وقد خلص أحد الباحثين إلى"أن احتمالات الإصابة بالتوحد تزداد مع إنخفاض معدل الذكاء او مع شدة التخلف العقلي"(في جامعة الدول العربية، 2001، ص4).

اعراض التوحد:

حددت الجمعية الأمريكية للتوحد(ASA) أربعة أعراض أساسية تظهر على الأطفال المتوحدين، هي:

1.الإتصال(Communication)

ويعني ضعف وبطء في تطور اللغة، واستعمال كلمات ليس لها علاقة بالمعنى المراد توصيله.

2.المهارات الإجتماعية:

يقضي الأطفال المتوحدون وقتاً أطول لوحدهم أكثر من وجودهم مع الاخرين، ولديهم اهتمام قليل في تكوين الصداقات، وليس لديهم ردود فعل وأساليب تواصل مع عيون الآخرين وإبتساماتهم.

3.السلوك:

لديهم تصرفات عدوانية نحو الذات، كما إن إحساسهم بالأشخاص من حولهم يكون قليلاً.

4.الإدراك الحسي:

تتصف إستجاباتهم للمثيرات الحسية إما بالبرود والتبلد أو بالحساسية الفائقة بشكل لا يتناسب مع شدة أو تفاهة المثير أوالتنبيه، فقد تكون الإستجابة أقل أو أكثر حدة من استجابة الطفل السوي في حالة المثيرات مثل الأصوات أو الأضواء أو الألم.

-مشكلات أطفال التوحد:-

1.مشكلة التخاطب والتواصل اللغوي:

يعد إضطراب النمو اللغوي(قصوره أو عجزه أو توقفه) من أهم الأعراض التي يتصف بها التوحد، وأحد المعايير الرئيسة في تشخيص حالته. وغالباً ما يظهر هذا العرض في الشهور الثلاثة الأولى من خلال هدوء غير طبيعي للطفل مصحوباً بغياب المناغاة المعروفة لدى الأطفال.

وبعكس الطفل السليم الذي يكتسب مبكراً مهارات الإتصال أو التواصل التعبيري مع أمه، فإن الطفل المتوحد يكون إتصاله بأمه عشوائياً أو عديم المعنى. وقد ينطق كلمة معينة، ولكن يعجز عن إستعمالها مرة ثانية بعد يوم أو أسبوع.

وغالباً ما يكون كلام الطفل المتوحد مصحوباً مما يسمى ظاهرة رجع الصدى(Echoloalia)، اي أنك إذا سألته مثلاً: أين الكتاب؟ فإنه سيعيد ترديد السؤال: أين الكتاب؟ أين الكتاب؟.....ويمكن أن يكرر دعاية في التلفزيون إلى ما لا نهاية.

وقد يوجه لك مثل هذا السؤال:" أنت تحب تأكل شوكولاته" وهو يقصد بفعله هذا أنه هو يحب أكل الشوكولاتة وليس انت. وما إلى ذلك من مشكلات التخاطب والتواصل اللغوي.

وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن مشكلة التخاطب والتواصل اللغوي ليست راجعة إلى عدم رغبة الطفل في الكلام أو أن الدافعية تنقصه، ولكنه يرجع إلى قصور أو خلل وظيفي في المراكز العصبية للغة والكلام والتعامل مع الرموز الواقعة على النصف الكروي الأيسر من المخ(في: جامعة الدول العربية، 2001، ص7).

2.مشكلة التصرفات أو الأفعال النمطية:

تتصف أفعال أو تصرفات الطفل المتوحد بكونها جامدة متكررة متشابهة (Montonous) أو طقوس ثابتة(Ritualistic) أو أعمال قسرية(Compulsive). فهو غالباً ما يحب الدوران حول نفسه في مكانه أو حول طاولة أوجدار.... ويفضل الإرتباط بالأشياء الجامدة أكثر من البشر. وفي كثير من الحالات يقوم بتكرار حركات نمطية(هز الرأس

وثني الجذع والرأس إلى الأمام والخلف) لمدة زمنية طويلة دون تعب أو ملل لا سيما عندما يتحرك الطفل وحده دون شغله بنشاط معين (National Autistic Society,1997,P,77).

وطفل التوحد يحب الروتين ويقاوم التغيير(الملابس، الأثاث، نظام الحياة اليومية بشكل عام). وفي حالات حدوث هذاالتغيير(الإنتقال إلى بيت جديد مثلاً) فإنه يتضايق بشدة، أو يثور غضباً وقد يصل الأمر إلى إلحاق الأذى بنفسه أو بمن حواليه.

3.العزلة الإجتماعية واللامبالاة:

وهذه خاصية بارزة ومشكلة أساسية لدى طفل التوحد تميزه عن الأطفال الآخرين لدرجة غياب ارتباطه او إنتسابه حتى لأبويه، فلا تبدو على وجهه البسمة أو توقع الفرح عندما يلتقطه والده أو والدته، كما يغيب تلاقي العيون أو اي مظهر من مظاهر التعلق(Attachment) مع من يلتقطه أو يتحدث معه، حتى لو احتضنته أو عانقته فهو لا يهتم بذلك وكأن الأمر لا يخصه، ولا يبدو على معظم أطفال التوحد اي حزن أو غضب أو ضيق عندما يفارقهم آباؤهم أو إخوانهم، أو حتى حينما يتركونهم وسط أفراد أغراب لا يعرفونهم، فإنهم لا يبدون أي نوع من القلق.

غير أن معظم أطفال التوحد، لا سيما الذين يخضعون إلى تدريب، يصبحون لدى إلتحاقهم بالمدرسة أكثر قدرة على إتصال بالآخرين، أو بعبارة أدق تخف لديهم حالات الإنسحاب الإجتماعي. ومع ذلك يظلون بعيدين عن مشاركة أقرانهم في اللعب، وتظل بعض تصرفاتهم الساذجة أو الغريبة ولا مبالاتهم بمشاعر الآخرين مستمرة معهم.

4.تقلبات المزاج والإستجابات الإنفعالية غير المناسبة:

يختلف مزاج طفل التوحد وإستجاباته الإنفعالية عن الأطفال الآخرين، فغالباً ما يحدث تغيير مفاجئ في مزاجه مصحوباً بنوبات من الضحك أو البكاء من دون سبب واضح يبرر ذلك.

واللافت أن طفل التوحد يندمج مع الموسيقى ويستمتع بالمثيرات السمعية والبصرية، وقد يبدي إهتماماً فائقاً بصوت عادي مثل دقات الساعة، إلا أنه عندما يصاب بجرح ويسيل الدم منه، فإنه لايشكو ولا تظهر على وجهه حتى تعبير الألم.

وطفل التوحد يتصف بالنشاط الزائد(Hyperactive) لا سيما في السنوات المبكرة من عمره، وهو قد يندمج في أنشطة عدوانية أو ثورات غضب من دون مبرر فتسبب له أذى جسمي(جروح، رضوض). كما أنه يتصف بكثرة وسرعة تنقله من نشاط إلى آخر.

هذا وقد يعاني طفل التوحد من نوبات صرع قد تتكرر يومياً أو أسبوعياً أو شهرياً تأتي أحياناً بشكل خفيف دون أن يلحظها أحد.

تنويـــــــه

تتداخل المشكلات المذكورة سابقاً، مع عدد من الإضطرابات الأخرى في مقدمتها فصام الطفولة. ويمكن التفريق بين التوحد والفصام بإعتماد الآتي:

1.توجد الهلاوس والأوهام في الفصام ولا توجد في التوحد.

2.لا يطور التوحديون علاقات إجتماعية مع الاخرين. فيما يستطيع ذلك الفصاميون.

3.يبدأ إضطراب التوحد قبل شهر الثلاثين من عمر الطفل، ولا يحدث بعد ذلك فيما يظهر الفصام عادة في بداية المراهقة، أو في وقت متأخر من الطفولة.

ويوجد هنالك شبه كبير بين التوحديين والمصابين بالإضطرابات اللغوية قد يؤدي إلى خلط بينهما. ومع ذلك يمكن التمييز بين الإضطرابات بالإنتباه إلى أن الأطفال المصابين بالإضطرابات اللغوية عندما يفشلون في إستخدام اللغة بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين، يلجأون إلى الإيماءات وتعبيرات الوجه ومفاهيم ورموز أخرى. فيما يعمد أطفال التوحد إلى إعادة الكلام، لا سيما المفردات الأخيرة منها. ولهذا تعد القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز الفارق الرئيس بين المجموعتين.

أسباب التوحد:

في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي كانت نظرية التحليل النفسي، والنظرية الدينامية، من اكثر النظريات شيوعاً في تفسير إضطراب التوحد. وكان " كانرKanner"- المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام 1943 قد عزا سبب التوحد إلى مجموعة من العوامل النفسية في نطاق الأسرة تحديداً. وجاء" بتلهايمBettlheim" ليحدد بأن السبب يعود إلى ردود فعل الام العصابية، لا سيما في المراحل المبكرة لنمو الطفل(White Taker,1990). وعلى هذا الأساس توجه المعنيون بعلاج نفسي(Psychotherapy) للطفل ولوالديه، يقوم على إفتراض أن عائلة الطفل المتوحد يسودها إضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية، وعدم إشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان، لا سيما دفء العلاقة بينه وامه(Frame & Maston,1987). غير أن نتائج هذه المعالجات كانت مخيبة للآمال. وعلى الرغم من أنه لم يظهر على الساحة أي بحث علمي ميداني يؤكد" أن الأهل هم سبب المشكلة" فإن وجهة النظرهذه ما تزال موجودة. غير أن الإهتمام بالبحث عن

عوامل أخرى تكون مسببة لتلك الإعاقة قد أخذ طريقاً آخر مختلفاً تماماً، وأفضى إلى نتائج جديرة بالإعتبار نوجزها بالآتي:

1.العوامل الوراثية(الجينات هي السبب):

تفيد نتائج الدراسات التي أجريت في العقدين الأخيرين بأن للوراثة دوراً بوصفها عاملاً مسبباً للإصابة بالتوحد، ومع هذا ما يزال هنالك جدل بين العلماء المهتمين بالمشكلة، يشككون في طبيعة هذا الدور بحجة أنه حتى إذا كان لها دور ما فإن هذا الدور:

◆إما أنه لا يزيد عن كونه عاملاً ممهداً للإصابة.

◆وبإفتراض أن الوراثة قد تسبب إعاقة التوحد، فإن ذلك لا يمنع من وجود عوامل بيئية مسببة.

ولهذا اتجه العلماء إلى إجراء بحوث مستفيضة بهدف الوصول إلى عوامل أكثر تحديداً (132- 113، P، 1989، UCLA في: جامعة الدول العربية، 2001، ص13) (2004، Wieten).

2.خلايا الدماغ وعوامل عصبية وعضوية:

يرى الباحثون في المعهد الوطني للصحة العقلية بالولايات المتحدة، أن التوحد تسببه حالات شذوذ في تركيب أو وظيفة الدماغ، فمن المعروف أن دماغ الجنين يبدأ نموه بعدد قليل من الخلايا ثم تكبر وتنقسم حتى يصبح الدماغ يضم بلايين الخلايا المتخصصة، تسمى الخلايا العصبية. ويكون الدماغ عند الولادة قد تطور إلى عضو معقد جداً له مناطق ظاهرة وأخرى فرعية متعددة، ولكل واحد منها مجموعة دقيقة من الوظائف والمسؤوليات.

ولا يتوقف نمو الدماغ عند الولادة، بل يستمر في التغيير أثناء السنوات القليلة الأولى من الحياة، وتنشط مرسلات عصبية جديدة، وتنشأ خطوط إتصال إضافية، وتقوم الشبكات العصبية المعقدة بتشكيل وخلق أساس لعمليات اللغة والتفكير والمشاعر.

ويضع الباحثون إحتمالاً بنشوء مشكلات تنجم عن هذا التطور النوعي والكمي المعقد للدماغ الذي يحتوي- كما قلنا- بلايين الخلايا. كأن تذهب بعض الخلايا إلى أماكن أو مواقع خاطئة في الدماغ، أو عطل يصيب المسالك العصبية(Neural Pathways)، أو خلل في المرسلات أو النواقل العصبية(Neuro Transmitters) التي تمرر الإشارة من خلية عصبية إلى أخرى.

ولهذا يعكف الباحثون على تحري العيوب الكاملة التي يمكن أن تحدث في أثناء عملية نمو الدماغ في مراحله الأولى، فيما يعكف آخرون على دراسة العلل والأمراض في

أدمغة الناس المشخصين سابقاً بأنهم مصابون بالتوحد. ويعكف فريق ثالث على دراسة" الجهاز الطرفي(Lombic System (وهو المسؤول عن الإنفعالات)، وما إذا كانت بعض مكوناته" اللوزة مثلاًAmygdala" فيها خلل أو تلف. وينشغل آخرون بدراسة العوامل الكيميائية مثل زيادة" السيروتونين" في دم أطفال التوحد.

وعموماً فإن هنالك اهتماماً متزايداً بخصوص إحتمالية أن يكون سبب التوحد يعود إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. غير أن العامل المسبب (خلية، مجموعة خلايا، مسالك عصبية، ومرسلات ومستقبلات عصبية، عضو أو موقع معين في الدماغ...) لم يتم تحديده بعد بدقة، على الرغم من وجود نتائج فحص طبي بالأشعة أو الرنين المغناطيسي تفيد بأن أطفال التوحد يعانون من تضخم في سمك طبقة قشرة المخ(Cortex) ووجود خلل في حركة خلايا المخ في الشهور الستة الأولى من مرحلة الحمل. ووجود خلل أو إصابة في نسيج مركز ساق المخ (Stem)، الذي يتحكم ويسيطر على إستقبالات عمليات الإستثارة والإنتباه والنوم (Helgin & Whitbourne2003,Rimland,1995,Gillbert et al ,1992).

3.ظروف الحمل:

تفيد الدراسات بأن الكثير من حالات التوحد تكون الأم فيها قد تعرضت إلى الإصابة بالحصبة الألمانية في أثناء الحمل، أو حالة من حالات قصور التمثيل(Metabolic) أو عانت من تعقيدات أخرى في أثناء الحمل وقبل الولادة أكثر بكثير من الأطفال الأسوياء، أو غيرهم ممن يعانون من إعاقات أخرى، ويؤكد كثير من الأطباء الإختصاصيين تأثير تلك التعقيدات بوصفها سبباً لإعاقة التوحد، لا سيما تلك التي تحدث خلال الشهور الثلاثة من الحمل.

وتوصل ثلاثة من العلماء إلى وجود تشوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ(Cortex). وعزوا ذلك إلى ظروف غير مناسبة حدثت للأم الحامل خلال الشهور الستة الأولى من حملها من بينها:

- إصابة الأم في أثناء الحمل بحادث اقتضى علاجاً طبياً من اسبوع إلى أسبوعين في الأقل.
- عانت الأم من إرهاق أو هبوط مصحوب بنزيف بعد الشهر الثالث من الحمل.
- عانت الأم من دوخة(دوار) شديدة مع قيء بعد الشهر الثالث من الحمل.
- حدوث رشح شامل في الرحم.
- تعرضها للإصابة بأمراض فيروسية مثل الحصبة الألمانية(Barley Philips & Rutter,1996) .

وخلاصة القول، فإنه لا يوجد سبب مفرد محدد لإضطراب التوحد. غير أن وجهة النظر المرجحة الآن تعزو السبب إلى وجود خلل عضوي في مكان ما أو عملية ما في الجهاز العصبي المركزي. قد يكون بفعل موروثات "جينات" معينة، أو تشوهات أو تعقيدات تعرض لها الطفل في مرحلة تكوينه جنيناً، أو في أثناء الولادة، أو خلل في المرسلات والمستقبلات العصبية، أو في عوامل كيميائية عصبية.

ومع أن النظريات القديمة قد تخلى عنها معظم المعنيين بالتوحد، إلا أن التفكك الأسري(هجر الأب للأم والعكس، أو الطلاق) لا سيما قبل ان يبلغ الطفل الثالثة من العمر. وكذلك تجاهل الأم لطفلها أو نبذها وعقابها الشديد والمستمر له، وعدم تشجيعه على النطق واستعمال اللغة بشكل صحيح. أو تخجيله أو السخرية منه عندما ينطق بشكل غير سليم، يمكن ان تؤدي، من ثم، إلى عدم تعلم الطفل لمهارات التواصل وتكوين العلاقات بالآخرين، مما يعني أن العوامل التكوينية (البيولوجية) والعوامل النفسية تتفاعل فيما بينها فينجم عنها إضطراب التوحد.

هذا وترى جميع النظريات الحديثة في التوحد على أنه ناجم عن عوامل بيولوجية من بينها الإستعداد الوراثي(الجيني)، والشذوذ الكروموسومي(لاسيما الكروموسوم15، أو عدد وتركيب الهرمونات الجنسية، أو ضعف أو نقص عصبي- نيورولوجي- أو عدم توازن في السيروتونين والنيوروبنفرين.

(Nolen-Hoeksema,2001,P,450, Helgin &Whitbourne, 2003,P,374)

علاج التوحد:

بما ان العلم لم يصل بعد- رغم تأسيس مراكز عالمية وعربية خاصة بالتوحد، إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة للتوحد، ما إذا كانت وراثية جينية أو بيئية أو... فإن علاجه الشافي الكافي غير موجود طبعاً، ولهذا يعد التوحد من أشد الإعاقات التي تبدأ مع ميلاد الطفل وتستمر حتى مماته، ولا يتخلص أو يشفى منها إلا نسبة ضئيلة لا تتعدى(7٪) في احسن الأحوال وممن لديهم ذكاء عادي أو عالي وقدرة على التواصل اللغوي، وتوافر الفرصة لدخولهم في برامج التأهيل.

ومن المعالجات الأساسية المعتمدة في برامج التأهيل التربوي للمصابين بالتوحد:

1.تعديل السلوك، على وفق إستراتيجيات تعليم قائمة على التعزيز.

2.علاج النطق واللغة.

3.التواصل البصري والتدريب السمعي.

4.العلاج بالموسيقى والإسترخاء.

5.التشجيع على إقامة علاقات شخصية.

6.التفريغ الإنفعالي للطفل.

7.التغذية والدواء المناسب.

8.تعليم الطفل مهارات سلوكية حياتية من قبيل: عبور الشارع بأمان، شراء حاجات معينة.

ويتطلب هذا العلاج تضافر جهود العاملين في مراكز التوحد، لا سيما المعلمين والمعلمات الذين ينبغي أن يتصفوا بالصبر والقدرة على تحمل أطفال متعبين في تصرفاتهم، مع جهود أسر هؤلاء الأطفال، الذين هم ضحية سبب ما زال العلم يجهله. وقد لا يعرفه على وجه اليقين في المستقبل المنظور.

المصادر

- جامعة الدول العربية، الأمانة العامة(2001). الحلقة النقاشية حول التوحد(المفهوم – التشخيص- التدخل)، الشارقة من 5- 7 يوليو2001، الإمارات العربية المتحدة، العمل والشؤون الإجتماعية.

- يحيى، جولة أحمد(2000). الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان- الأردن.

-APA.(1994). Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM4), Washingtion, D. C.

-Barley, A. : phelips, W. & Rutter, M. (1996).autism: Towardsan integration of clinical-genetic and nurobiological persepective. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, PP,89-126.

-Frame, C. L. & Maston, J. L. (1987). Handbook of assessment in childhood of Psychoathology. New York, Plenum Press.

-Helgin, R.R. & Whitbourne, K. (2003). Abnormal Psychology McGraw-Hill.

-Howlin, P. (1998). Children with Autism and Asperger Syndrom:aguide for practitioners and carers.New York: Weinhein, John Wiley.

-Metson, J.(1981). Autism in children and adults. Anisona, The American Center of Autism.

-National Autistic Society (1997). Approaches to Autism. London, N,A.S. Press.

-Nolen-Hoeksema, S. (2001). Abnormal Pychology McGRAW-Hill.

-Rimland, B. (1995). Sensory integration therapy autism research, Review 1 (2)5.

-Weiten, W. (2004). Pychology. McGraw-Hill.

الفصل العشرون

طرائق علاج السلوك الشاذ والإضطرابات النفسية والعقلية

تناولنا في الفصول السابقة ستة منظورات أساسية حاولت أن تتقصى أسباب إضطراب السلوك وشذوذه: الحياتي- الطبي، التحليل النفسي، السلوكي، "التعلم الإجتماعي المعرفي، الإنساني- الوجودي، والإجتماعي الثقافي، كل منظور منها طرح إفتراضات مختلفة بخصوص (لماذا) يتصرف الناس بالطريقة التي يتصرفون بها.

سنري في هذا الفصل أن هذه المنطلقات النظرية تختلف أيضاً بخصوص أساليب العلاج. وبدءاً نشير إلى ان هناك تعاريف كثيرة طرحت لمصطلح العلاج النفسيPsychotherapy، كل واحد منها يعبر عن المنطلق النظري الذي يرتكز عليه. وربما كان تعريف Wilberg(1977) أكثرها دقة ، حيث يعرفه بأنه (عملية تتم بوسائل نفسية ، لمشكلات ذات طبيعة إنفعالية ، يقوم بها شخص مدرب يؤسس علاقة مهنية مع مريض بهدف:

1. إزالة أو تعديل أعراض في سلوكه.
2. التوسط لإصلاح انماط سلوكية مضطربة فيه.
3. تعزيز نمو شخصية إيجابية متطورة فيه).

فيما تعرفه الأدبيات الأحدث بأنه وسيلة علاجية يعتمدها المعالج(طبيب نفسي، عالم نفس، مرشد نفسي) بالتحدث مع المراجع بشأن ما يشكو منه من أعراض. أو هو وسيلة يستخدمها الإختصاصيون في الصحة العقلية لمساعدة الفرد على إدراك وتحديد وتجاوز صعوباته النفسية ومشكلاته البينشخصية بهدف تحسين توافقه النفسي
.(Santrock, 2000,Nolen-Hoeksema ،2001)

والاختلافات بين أساليب أو طرائق العلاج النفسي لا تعزى فقط إلى تباين المنطلقات النظرية في الطبيعة السببية للسلوك الشاذ والإستنتاج الذي يتوصل إليه كل منظور بخصوص أفضل طريقة للعلاج، إنما أيضاً في طبيعة التدريب الذي تلقاه المعالج النفسي، وفي مفهومه للدور الذي يقوم به كمعالج نفسي، وفي أسلوب أو نمط شخصيته.

ومع تنوع الإختلافات في طرائق العلاج النفسي، فإن هناك اختلافين يستحقان أن نوليهما اهتماماً خاصاً، الأول يتمثل بالأسلوب الذي يتم من خلاله إحداث تغيير في سلوك المراجع، وفي هذا الخصوص قسم لندن London (1964) العلاج النفسي إلى صنفين: العلاج بالتبصر Insight Therapy والعلاج بالفعل أو العمل Action therapy. يقوم العلاج بالتبصر: على أساس نظرية ترى أن المشكلات السلوكية تحدث عندما يفشل الناس في فهم الدوافع التي تكون وراء أفعالهم، وبخاصة عندما يرفضون مواجهة الصراعات بين الدوافع المختلفة. وعلى هذا يكون هدف العلاج بالتبصر- كما يستدل عليه من اسمه- زيادة دراية المريض وجعله يعرف لماذا يتصرف بالطريقة التي يتصرف بها. وهذا مفهوم على إفتراض أن الإنسان عندما يفهم سلوكه فإنه يكون قادراً على السيطرة عليه بشكل أفضل.

أما العلاج بالعمل أو الفعل، فلا يهتم بمناقشة الدوافع، إنما يركز المعالج النفسي في المشكلات السلوكية للمريض، ويحاول تصحيحها بتعليمه مهارات جديدة.

لا شك إنك فرزت الآن أسلوبي التحليل النفسي، والإنساني- الوجودي إلى صنف العلاج بالتبصر(مع اختلافهما في أنواع التبصر)، فيما وضعت الأسلوب السلوكي ضمن صنف العلاج بالفعل. وهناك طرائق أخرى تجمع بين الصنفين (التبصر والفعل) من بينها الأسلوب المعرفي السلوكي.

و هناك مسألة مهمة أخرى تتعلق بالمكانة العلمية للعلاج النفسي إذ ينظر بعض المعالجين النفسيين إلى العلاج النفسي على أنه تطبيقي ، حيث بالمستطاع التنبؤ بالسلوك من خلال السيطرة على عدد معين من المتغيرات . فيما يرى معالجون آخرون أن العلاج النفسي ليس علماً فقط بل (فن) أيضاً يعتمد على الألفة والتعاطف .

و لا يقتصر على التحليل الامبريقي أو التجريبي الذي يحول بعض المرضى إلى حيوانات تجريبية .وواضح أن المنهج النفسي – الدينامي ، و الانساني – الوجودي ، و الاجتماعي الثقافي تنظر للعلاج النفسي على أنه علم وفن . و هناك مناهج أخرى تقف موقفاً وسطاً من هذه المسألة .

و ثمة مسألة أفرزتها الحروب و دفع ثمنها الذين عاشوا تلك الحروب وظلوا أحياء يعيشون (حروبهم) الخاصة مع انفسهم، وبخاصة الحرب العالمية الثانية، فنتيجة لكثرة المصابين بالأمراض العقلية والإضطرابات النفسية بسبب تلك الحرب، زادت الحاجة إلى معالجين نفسيين وعيادات ومستشفيات نفسية وعقلية، فظهرت أساليب ومدارس كثيرة في

العلاج النفسي زادت عن مائتي مدرسة لكل منها برنامجها الخاص في حل المشكلات السلوكية(Acocella, Bootzin,1984, Weiten, 2004).

غير أن هذا التنوع شكل حالة إيجابية ساعدت على تطوير أساليبه التقنية وإبتكار أساليب أخرى جديدة في العلاج النفسي، على أن الإتجاه الحديث في العلاج النفسي يميل إلى أن لا يلزم المعالج نفسه بمنطلق منظور محدد، إنما الأفضل له أن يكون إنتقائياً(eclectic)(Kurtz, Garpield)1976، Laheu ،2001). هذا يعني أن الإتجاه المعاصر في العلاج النفسي يميل نحو التكامل عبر المنطلقات النظرية بدلاً من التزمّت بمنظور محدد.

أولاً العلاج الحياتي-الطبي

يفترض المنظور الحياتي- الطبي، كما مر بنا- أن أسباب الإضطراب أو الشذوذ في السلوك تكمن في تغيرات تحدث في بنية الجهاز العصبي ووظائفه. ولهذا ينبغي أن يهدف العلاج إلى إحداث تغيرات كيماوية وكهربائية في هذا الجهاز، وتتنوع الأساليب التي يتم من خلالها إحداث مثل هذه التغيرات، من الشكل البسيط(أخذ دواء كاذب) إلى التدخل الجراحي، على أنها تهدف جميعاً إلى تغير أفكار المرء ومشاعره وأفعاله من خلال تدخل مباشر نسبياً في جهازه العصبي أو الحياتي- الكيماوي للشخص. ولقد عدّ بعضهم أن حصول هذا التغيير يعني العلاج بكامله فيما عدّه آخرون وسيلة(لإعداد) الفرد إلى أشكال أخرى من العلاج.

لنتفحص الآن، وبشكل مكثف، الأساليب الرئيسة في هذا النوع من العلاج.

1.العلاج الكيماوي:

يعد العلاج بالعقاقير أكثر الأساليب شيوعاً التي تنضوي تحت منظور الحياتي- الطبي، والواقع أن العقاقير الطبية كانت قد استعملت منذ قرون طويلة في علاج مختلف الأمراض بما في ذلك الأمراض العقلية. وقد وردت إشارات كثيرة في كتب الأطباء العرب القدامى لإستعمال العقاقير المسكنة والمنومة والمفرحة والمعروف أيضاً أن أحد المستحضرات الطبية الحديثة(سيربسيلSerpasil)، وهو علاج يستعمل في علاج ضغط الدم وبمقادير أكبر في الأمراض العقلية، قد استحضر من نبتة استعملها ممارسو الطبابة في الهند منذ عدة قرون في علاج الأمراض العقلية، غير أن استعمالها في ممارسات العلاج النفسي في الخمسينيات من القرون الماضي أحدث تغيرات ثورية في هذا الميدان، فمن وجهة ساعدت العقاقير الطبية على

أن تكون المؤسسات الصحية مكاناً آمنا لرقود المرضى فيها، وفتحت من جهة أبواباً جديدة في البحث العلمي لتفسير طريقة فعلها في تأثيرها المباشر على الدماغ.

وبالرغم من وجود أنواع كثيرة من هذه العقاقير الطبية إلا أنه يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أصناف رئيسة من حيث استعمالها في معالجة السلوك الشاذ هي :

1. العقاقير المسكنة أو المهدئة (وتسمى أيضاً مضادات القلق).
2. العقاقير الطاردة للإضطرابات النفسية والعقلية (anti psychotic drugs).
3. العقاقير الطاردة الكآبة(anti depressant drugs).

تستعمل العقاقير المسكنة والمهدئة للذين يمرون بفترات صعبة أو مشكلات حياتية. والمرضى الخارجيين. وفي حالات القلق والتوتر والأرق والإضطرابات البدنية المرتبطة بضغوط نفسية...وأكثر أنواع هذه العقاقير شيوعاً هي(فاليوم، لبيريوم، وترانكسين).

ولهذه العقاقير مشكلاتها لا سيما تأثيراتها الجانبية المتمثلة بالإحساس بالتعب والنعاس والكسل والإختلال في التناسق الحركي، (وهو سبب كاف لأن يتجنب من يتناولها السياقة)وإذا زاد المرء من الجرعات التي يتناولها فإنه قد يرى في نومه كوابيس مزعجة. وربما كان أكثر هذه التأثيرات خطورة عندما يجمع المرء بين تناوله للعقار وشربه للكحول.

ومع ذلك فهناك عدد كبير من الناس يذكرون أنهم ممتنون لحصولهم على هذه العقاقير التي ساعدتهم على تخطي آزمات وجودهم اليومي دون أن تسبب لهم آثاراً جانبية، غير أن إستعمال هذه العقاقير المضادة للقلق يضعنا أمام سؤال على غاية من الأهمية: هل قمع القلق هو أفضل طريقة لحل المشكلة؟.

فإذا اعتبرنا القلق(إشارة Signal)، كما يرى فرويد، أو تغذية راجعة سلبية، أو جرس إنذار ينبهنا إلى وجود شيء يحتاج إلى تكيف(داخل الإنسان أو في البيئة)، عندها يكون تناول هذه العقاقير هو قمع للإشارة وليس حلاً للمشكلة، فيكون الحل بإسكات جرس إنذار الحريق لأننا لا نطيق ضوضاءه ونترك النار تلتهب.

إن العقاقير المهدئة أو الطاردة للقلق، في الوقت الذي تكون فيه مقيدة على المدى القصير وفي مواقف معينة، فإن ما نحتاج إليه هو أن نعيش خبرة قلقنا، ونغير بأنفسنا لمواجهة مشكلاتنا، ونجعلها هي التي تحثنا على إيجاد حلول لها...وإختيار فاعلية هذه الحلول.

أما المجموعة الثانية، وهي العقاقير الطاردة للإضطرابات النفسية والعقلية، فهي مهدئات أيضاً ولكنها أقوى تستعمل للتخفيف من أعراض ذهانية: تشوش، إنسحاب، هلوسة...وهم...وما إلى ذلك.

إن أكثر هذه العقاقير شيوعاً هو(الفينوثايزين)Phenothiazines* وكما هو الحال مع معظم العقاقير فإن الإستعمال العلاجي للفينوثايزين حدث صدفة من قبل باحث كيماوي ألماني استعمله في معالجة إلتهاب الجهاز الهضمي للحيوانات عام(1883). وتبين بعد ستين عاماً أن لهذا العقار فاعلية في علاج الإضطرابات الذهانية. واكتشف أيضاً عقار(Anti histamine) (وهو من مجموعة الفينوثايزين). وقد ساعد هذا العقار ليس فقط في التخفيف من حالات الزكام والحساسية)(استعماله الأساسي اليوم) ولكن أيضاً كعقار مهدئ. ولقد شجع هذا الإكتشاف الكيماويين لأن يتفحصوا الفينوثايزين من جديد. وبدءاً من خمسينات القرن الماضي استطاعت شركات فرنسية وأميركية إشتقاق عقارات أخرى منه، وضعت لها أسماء تجارية وسوقتها للإستعمال، أكثرها شيوعاً هو الثورايزين Thorazine الذي يعطى الآن لغالبية المرضى الذهانيين في الولايات المتحدة الأميركية.

وبطبيعة الحال فإن لهذه العقاقير تأثيراتها الجانبية بالرغم من أنها تعطى إلى المرضى الراقدين في المستشفيات العقلية الذين يعانون من إضطرابات سلوكية حادة(الفصام مثلاً) وتحت إشراف إختصاصيين. فهي تسبب التعب واللامبالاة وتحول المريض إلى حالة ساكنة وحركة روتينية فضلاً على آثار أخرى عديدة منها: جفاف الفم، اختلاط الرؤية، هبوط في ضغط الدم، الإنسحاب، والعنة الجنسية.

والصنف الثالث والأخير من هذه العقاقير هو طاردة الكآبة. وكما يستدل عليها من إسمها فهي تستعمل لتطليف مزاج المصابين بالإكتئاب، وبالرغم من أن (اللثيوم) يعد حديثاً العلاج الكيماوي للكآبة، إلا أن عقاقيرها الأكثر شيوعاً هي: العقاقير ذات الجذر الكيمياوي الثلاثي الحلقات(Tricyclics) (وتشمل: تريتبيول، توفرانيل، سرمونتيل، انافرانيل، كونكوردين....)، وكذلك العقاقير المضادة لأنزيم الأمينات الأحادية MAO(وتشمل:غارديل، بارنيت، نياميد، كاترون.....).

ولهذه العقاقير كما لغيرها آثار سلبية وبخاصة على ا لدماغ والكبد والجهاز الغدي. ويتعاظم تأثيرها عندما تمزج مع مواد أو أطعمة أخرى وبخاصة المخمرة منها(مثل: البيرة، والشراب وأنواع من الجبنة)، فإنها في هذه الحالة قد تسبب مرضاً حاداً، وربما تؤدي إلى

الموت أيضاً.

2.الجراحة النفسية:-

تعني الجراحة النفسيةPsychourgery إجراء تدخل جراحي في الجهاز العصبي المركزي للإنسان المريض. وبالرغم من تعدد طرائقها فإنها ترمي جميعاً إلى قص بعض الألياف الموصلة بين الفص الجبهي(المراكز الإنفعالية العليا) وبين المراكز التحتية، وبخاصة الثلاموس والهايبوثلاموس. وعلى الرغم من ان الجراحة النفسية يعود تاريخها إلى آلاف السنين(أنظر الفصل الأول) إلا أنها دخلت تاريخ العلاج النفسي في عام(1935) عندما ابتكر طبيبان برتغاليان هما مونيز Monis وليما Lima طريقة جراحية قاما فيها بقص الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي الأمامي وبين الثلاموس. وهذا يقوم على إفتراض مؤداه أن الثلاموس، وأكثر تحديداً الهايبوثلاموس، مسؤول عن الأنماط الإنفعالية، وأنه بتدخل جراحي يتم فيه قص بعض الألياف، فإنه يتم تخليص المريض من الإنفعالات الحادة التي يشعر بها، وكان هذا هو هدف العملية الجراحية.

وقد أجريت في الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي آلاف العمليات الجراحية، حققت فائدة لبعض المرضى دون شك، ونتيجة لإعتبارات أخلاقية وإنسانية، فضلاً عن التشكيك في جدواها، هبطت الحماسة إزاء استعمالها واتجه الرأي الطبي في السنوات الأخيرة إلى التحفظ والإحتراز الزائدين عند التوصية بإجرائها، فيما عدّ إستعمالها في بعض البلدان، كروسيا مثلاً، من المحرمات العلاجية.

ويتفق عدد من ذوي الإختصاص أن للعملية مبررات في الحالات الخاصة التي تستعصي على وسائل العلاج الأخرى من قبيل الفصام التي يكون فيها القلق أو الأفكار التسلطية قد بلغت حداً من الشدة القاسية والمؤلمة للمريض. على أن أي فشل في إجرائها مهما كان بسيطاً سيكون فشلاً دائماً لا يمكن إصلاحه بأية وسيلة علاجية أخرى.

ولقد طور الباحثون في السنوات الأخيرة تكنيكاً جراحياً جديداً، وذلك بتحديد مواضع صغيرة جداً في الدماغ يتم تدميرها بالإشعاع الراديوي، أو النشاط الإشعاعيRadioactive تجري فقط للذين فشلت معهم وسائل العلاج الأخرى، أي عندما يصبح شفاؤهم ميؤوساً منه، وتكون الجراحة النفسية هي الملجأ الأخير كعلاج محتمل لشفائهم. وقد وجد أن الجراجة النفسية تكون فعالة في حالات الكآبة الحادة والقلق والوساوس القسرية، ولكنها غير فعالة في حالات الفصام(أنظر الفصل الخامس بالفصام).

3.علاج الصدمة:-

يعني علاج الصدمة(Electro Convulsive Therapy- يرمز له إختصاراً:ECT) توجيه تيار كهربائي إلى رأس المريض ليحدث نوبات تشنجية مسيطر عليها، وتخفف أو تطلف بعض الإضطرابات (Helgin & Whitbourne،2003)، ويعود أكتشاف هذا الأسلوب في العلاج إلى الثلاثينيات من القرن الماضي، أثر ملاحظة هي أن بعض المرضى المصابين بالفصام يظهر عليهم تحسن واضح في حالتهم العقلية إذا أصيبوا عرضاً بحالة صرعية، وأنه من النادر أن يحدث الفصام والصرع سوية، وآثارت هذه الملاحظة عدداً من البحوث في عدد من الدول بينها هنغاريا وإيطاليا، حيث قام طبيبان إيطاليان بتجارب لإستعمال التيار الكهربائي، فأحدثا في عام(1938) حالة صرع في المرضى بإمرار تيار كهربائي في رأس المريض مباشرة. ولما تبين لهما جدواها أطلقا عليها في البدء(الرّجة الكهربائية(Electroshock) ثم تغير اسمها إلى:(الصدمة الكهربائية الصارعة-ECT(اختصاراً). وشاع إستعمالها في مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية. إذ يبلغ عدد المرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة بين خمسين الف إلى مائة الف في أميركا سنوياً (Breggin،1979). وتعد طريقة شائعة جداً في العلاج النفسي المعاصر(Mahoncy،1980، ص:186)، فيما يطالب آخرون بإيقافها لإعتبارات إنسانية(Weiten،2004).

ومنذ إكتشاف هذه الطريقة في عام(1938) طرح العديد من النظريات البيولوجية والنفسية حول عمل هذه الصدمة والأثر الذي يحدثه التيار الكهربائي في المريض. غير أن البحوث لم تؤيد بشكل قاطع أية نظرية معينة، وما يعرف عنها هو أنها (تعمل)، وبشكل جيد في حالات المرضى المصابين بالكآبة العقلية.

وللعلاج بالصدمة آثارها الجانبية، أكثرها شيوعاً هو الإختلال الوظيفي الذي تحدثه في الذاكرة سواء بالقدرة على تعلم مواد جديدة. أو بالقدرة على تذكر معلومات كان قد تعلمها المريض قبل حصوله على الصدمة. غير أن الأبحاث تشير إلى أن غالبية المرضى الذين يتلقون الصدمة تتحسن قدرتهم تدريجياً بعد العلاج فيما يخص تعلم مواد أو معلومات جديدة، ولكنهم يظلون فاقدين لذاكرتهم القديمة (معلوماتهم قبل العلاج) لمدة أسبوع من تلقيهم للصدمة، ثم يتحسنون بشكل تام تقريباً في خلال سبعة أشهر من العلاج (AcocellaوBootzin، 1984، Slater، 1978، Lahy، 2001) وتشير أبحاث أخرى إلى أنه يحدث في حالات كثيرة فقدان في الذاكرة، وبشكل خاص في الأحداث التي مرَّ بها

المريض قبل عام من دخوله المستشفى(Sauire وآخرون 1981).

والملاحظة التبهة هنا هي أن إحتمال تأثير الصدمة على الذاكرة يكون بأقل حالاته إذا جرى توجيه التيار الكهربائي إلى جانب واحد من الدماغ، الجانب الأيمن في الغالب، وليس إلى كلا جانبي الدماغ، ليكون تأثيره محدوداً بمركز اللغة في المخ.

ولهذه المشاكل، ومشاكل أخرى تتعلق بعدم المعرفة اليقينية بما تحدثه الصدمة في الجهاز العصبي المركزي، فقد أصبح موضوع استعمالها مثار للجدل، فالمدافعون عنها يرون فيها أنها فعالة جداً أكثر من العقاقير المضادة للكآبة. وأنها أسرع منها في المفعول. وأن لها فائدة كبيرة جداً بالنسبة لأولئك الذين وصلوا حالة من الكآبة تهدد بالإنتحار. فيما يقلل الموقف الآخر من فاعليتها.

وبشكل عام فإن استعمال الصدمة كوسيلة علاجية بدأ ينحسر في السنوات الأخيرة وذلك في أميركا وبريطانيا(ماتزال هذه الوسيلة شائعة الإستعمال في مستشفى الأمراض العقلية في العراق). ويفضل المعالجون النفسيون المعاصرون إستعمال أساليب أخرى بدلاً منها. فيما يرى آخرون أنه من غير الممكن أن لا تعطى للمرضى المصابين بالإكتئاب الحاد لأنها تمثل إنقاذاً لحياتهم. وأن أعراضها الجانبية قد اختفت الآن، ويدعون إلى أن نتوقف عن إستعمال مصطلح الرجة او الصدمةالكهربائية وإستعماله بمصطلح جلسات تنظيم أو مزامنة إيقاع الدماغ(نخبة من الأساتذة، 1999، ص230).

تقويم:-

كما رأينا الآن، فإن بعض المعالجات بالأسلوب الحياتي –الطبي تخفف فعلاً من إضطرابات نفسية وعقلية، ولكن إلى أي مدى؟ وعلى حساب ما ذا تكون آثارها الجانبية؟. لنتفحص العقاقير اولاً. فالمنتقدون لها يرون أن العلاج بالعقار هو مسألة تطبيبMedication لأن كل ما يفعله هو خفض الأعراض وليس القضاء على أسباب الإضطراب وبالتالي لا يمكن عدّ العلاج بالعقار وسيلة شفاء لأنه لا يحل المشكلات النفسية التي يعاني منها المصاب بها. ويبدو أن المنتقدين على حق في هذا الجانب. فالقلق والكآبة والفصام يجب أن يكون التوجه النموذجي في العلاج نحو إقتلاعها من جذورها. غير أن العلاج بالعقاقير في بعض الحالات، كالقلق مثلاً، ليس سوى وسيلة علاجية ضعيفة وذات مفعول قصير الزمن، ولكن في حالات أخرى لا نعرف جذور مشكلاتها وبالتالي لا نعرف كيف نقضي عليها. وفي الوقت نفسه يحتاج المريض إلى التخفيف والراحة. ولا شك أن إستعمال العقاقير مفيد في

حالات الكآبة المهددة بالإنتحار، وتهدئة مزاج(المجانين) في حالات هيجانهم، وهي الوسيلة العلاجية الشائعة في المؤسسات الصحية العقلية، ولكنها في كل الأحوال لا تحقق ما تدعي به كعلاج شافٍ فضلاً عن الآثار الجانبية التي تحدثها العقاقير والصدمة والجراحة النفسية ومخاطرها التي تصل أحياناً حد المجازفة بحياة الشخص، وتدمير شخصيته كإنسان، وهذا يعني أن تاريخ العلاج الحياتي - الطبي لم يحقق وعوده التي بشرٌ بها، وأنه ربما كان من الأفضل أن نتوجه نحو طريق جديد في العلاج تمزج بين هذا الأسلوب في العلاج وأساليب أخرى بصيغة تكاملية، دون الإعتماد على وسيلة علاجية بمفردها.

ثانياً: التحليل النفسي(والدينامي-النفسي)

هناك مصطلحان يطرحان في هذا النوع من أساليب العلاج هما :(الدينامي-النفسيPstchodynamic) و(التحليل النفسي Psychoanalysis) وهو الذي ابتدعه فرويد. أما مصطلح الدينامي- النفسي فهو أحدث ويتضمن طرائق متنوعة في العلاج، ولكنها تقوم جميعها على التكنيك الذي وضعه فرويد وسنتحدث أولاً عن التحليل النفسي لفرويد.

إذا كان الأسلوب الحياتي- الطبي يرى أن أسباب الإضطرابات النفسية والعقلية تكمن في العوامل التكوينية والعضوية للفرد، فإن فرويد يرى أن أسبابها خبرات نفسية كامنة في لا شعور المرء. فمن خلال خبراته العديدة والمتنوعة مع مرضاه، توصل فرويد إلى إستنتاج خلاصته بأن(العُصاب) هو حالة قلق يعيشها (الأنا) عندما تهدده دوافع لا شعورية غير متوقعة تريد الظهور إلى مستوى الوعي من العقل، وإزاء هذا التهديد يلجأ(الأنا) إلى ممارسة عدد من الأليات أو الحيل الدفاعية، أهمها الكبت، وذلك بصد الدوافع المهددة وإعادتها إلى اللاشعور(مخزن المكبوتات). غير أن(الأنا) لا يبقى مستريحاً لهذه الأوضاع التي (دفنها) في اللاشعور . فرغم أن الكبت هو آلية أو حيلة دفاعية يتم من خلالها إبعاد الأفكار والمشاعر غير المقبولة، من مستوى دراية الفرد بها إلى(خزنها) في اللاشعور. إلا أن المكبوتات لا تمحى من اللاشعور ولا تنسى ، على ما يرى فرويد، ويبقى القلق يلازم(الأنا) ما دامت هناك مكبوتات. على أنه- القلق- يكون في أخف حالاته عندما تكون عملية الكبت ناجحة.

لقد نظر فرويد إلى الإضطرابات النفسية والعقلية على انها إشارة تكوينية أو رمزية لمشكلة في واقع الفرد الذي يعيش فيه. ولهذا فإن الهدف الأساس للتحليل النفسي هو جعل الفرد على دراية بحقيقة هذه المشكلة. وطبقاً لفرويد فإن العلاج المناسب للعصاب هو إنتزاع أو سحب الدافع اللاشعوري للمشكلة إلى مستوى الشعور، ومواجهة الفرد به. والسؤال-

والصعوبة أيضاً- هو كيف يمكن(الغور) في اللاشعور والعثور على الدافع المكبوت في (مستودع) مليء بالمكبوتات؟!.

ولقد ابتكر فرويد أكثر من طريقة نوجز أهمها بالآتي:

أ-التداعي الحر.

كما أشرنا في فصل سابق فإن فرويد ما كان راضياً عن التنويم المغناطيسي الذي استعمله في بداية عمله العلاجي وأنه لا بد أن تكون هناك وسيلة أفضل تمكنه من الوصول إلى معرفة الخبرات والدوافع المكبوتة، فابتكر طريقة التداعي الحر، Free association التي تعني تحديداً أسلوباً أو(تكنيكياً) يطلب فيه من المراجع أن يذكر بصورة عفوية ما يخطر على باله من أفكار وخيالات، ويتم ذلك بأن يتمدد المراجع على سرير مريح ويأخذ بالحديث عن كل ما يرد إلى باله بشكل حر وبأية طريقة كانت. والحكمة من وراء ذلك هي أن اللاشعور له منطقه الخاص. وأن المراجع عندما يذكر أفكاره كما حدثت له بالضبط، فإن الدافع المكبوت سيكشف عن نفسه تدريجياً من خلال المضمون الصريح أو الخفي لما يتلفظ به المراجع وطريقة تلفظه أيضاً. فقد تكون هناك فترة صمت طويلة بين عبارة وأخرى، أو قد يتوقف المراجع عن تلفظ كلمة معينة، أو قد يتلفظها بصوت عالٍ... وهذه جميعها لها دلالاتها لدى المعالج النفسي، الذي لا يسمح للمراجع بمناقشته، إلى أن يتوصل إلى حقيقة دافعه المكبوت، وعند ذلك يكشف له، فيكون المراجع بمواجهة مشكلته ويبدأ بإعادة تقييمها في ضوء واقعه.

ب-تحليل الأحلام:

والوسيلة الثانية لمعرفة الصراعات اللاشعورية هي تحليل الأحلام Dream Analysis. حيث يرى فرويد أنه في النوم تضعف دفاعات(الأنا ego) فتتاح الفرصة لمحتويات اللاشعور أن تأخذ طريقها إلى الشعور على شكل أحلام. غير أن هذه الدفاعات لا تتخلى عن عملها تماماً حتى في حالة النوم، ولهذا فإن الدوافع المكبوتة التي تكشف عن نفسها في الأحلام، إنما يكون ذلك بشكل رمزي. فعلى سبيل المثال، إن القاتل أو الممثل الذي يؤدي أدوراً الشر والتهديد ربما يمثل والد المراجع كما أدركه هذا المراجع في طفولته.

ويعتقد فرويد(إن الحلم حارس النوم the dream is the guardian of sleep)(Frued، 1965) فهو يسمح مؤقتاً للأنا بمواصلة نومه ليتيح الفرصة لإشباع دوافع لا شعورية وذلك في حالات النوم العادي، أما في حالة الكوابيس- التي اسماها

فرويد(أحلام القلق)- فإنه لا ينجح بشكل كامل في عملية حلمه، لأن الرقابة والرمزية في حالة الكوابيس لا تساوي درجة التهديد التي تتجسد في المحتويات اللاشعورية. بمعنى أن المحتوى الخفي يكون واضحاً جداً في الحلم ولهذا يكون خطراً، تماماً كما يتوجب على الحراس أن يوقظوا الناس النائمين عندما لا يكون بمقدورهم -لوحدهم- مواجهة خطر أو إضطراب. وهذا ما يحدث بالضبط بالنسبة للكوابيس. إذ يقوم الحلم بإيقاظ الأنا ليضع نهاية لتحقيق رغبة جاءت بشكل غير خفي.

وينبه فرويد إلى ضرورة التمييز بين المحتوى الظاهري للحلمManifest dream، بمعنى الحلم كما رآه ويرويه صاحبه، وبين المحتوى الخفي لهLätent dream، الذي يتضمن المحتوى اللاشعوري المعبر عنه بشكل خفي برموز لها غير المعنى الذي تظهر فيه في الحلم. وأن المحتوى الخفي هو جوهر الحلم وفيه تكمن(الحقيقة). وهذا يعني أن تفسير الحلم ليس مسألة سهلة، بل قد يشكل تحدياً حتى بالنسبة للمعالج نفسه.

3.تحليل المقاومة:

عندما يقاد المراجع نحو الإعتراف والقبول بدوافعه اللاشعورية التي كانت خفية عليه، فإنه قد يبدأ. بمقاومةResistance يستعمل فيها حيلاً متنوعة لتجنب مواجهة ذكريات مؤلمة ودوافع غير مقبولة، ويمكن أن تأخذ المقاومة أساليب متنوعة.

فقد يحاول المراجع تغيير الموضوع عندما يسأله المعالج عن ذكريات طفولته أو قد يشخر من الجلسة بنكتة مثل ا، أو يسيء إليها أويظهر حتى خيبة أمله فيها. ويكون واجب المحلل النفسي في هذه الحالة أن يفسر للمراجع طبيعة صعوبة بداية الإعتراف بدوافعه اللاشعورية.

4.التحويل أو النقل Transference:

كلما تقدم المحلل النفسي مع المراجع، وأخذ هذا الأخير يكشف له عن حقائق ما كان أبداً قد كشفها إلى شخص آخر، نشأت بين الطرفين علاقة معقدة، فقد أشار فرويد أنه بينما كان حيادياً في علاقته مع المراجع، فإن الكثير من مرضاه استجابوا له بمشاعر قوية، وغالباً ما تكون مزيجة أحياناً بحب طفولي وأحياناً بالعداء له. وقد فسر فرويد هذه الظاهرة بالتحويل أو النقلTransference، يحول أو ينقل فيها المراجع مشاعره التي خبرها بمرحلة الطفولة وكان يحملها نحو أشخاص مهمين- الوالدين بشكل خاص- يقوم بنقلها

إلى المحلل النفسي. وهكذا يكون التحويل عاملاً جوهرياً في العملية العلاجية، رأى فيها فرويد أنها تعين المريض على التغلب على مقاومة الأنا لقبول التجارب المكبوتة. واعتقد أيضاً أن مهمة المحلل النفسي تتعدى هذه الفائدة إلى فائدة أعظم تاتي عن طريق إعطاء المريض البصيرة الكافية والخبرة العملية التي اكتسبها في أثناء التحليل والعلاج، مما تمكنه من مواجهة التجارب المكبوتة وأمثالها من التجارب العارضة في المستقبل ، بشكل عملي وبناء ومتوازن، بحيث لا يعد هنالك ما يستوجب قيام الصراعات النفسية والضرورة إلى كبتها في المستقبل.

تقويم:

يرى فرويد أن منتقدي التحليل النفسي يمكن تقسيمهم إلى صنفين واسعين:

1.أولئك الذين لم يمارسوا التحليل النفسي وبالتالي فإنهم ليسوا مؤهلين لتقويمه.

2.وأولئك الذين خبروا التحليل النفسي ولكن علاجهم ما كان ناجعاً تماماً. بمعنى آخر- وهو الذي يقصده فرويد بالتحديد- أن الذي يتحدى التحليل النفسي إما أن يكون جاهلاً به أو مصاباً بالعصاب!.

ويبدو أن الأساليب الفرويدية التقليدية قد قلَّ استعمالها في الوقت الحاضر حتى بين المعالجين الذين يسيرون على خطة فرويد. ولقد ظهر فرويديون جدد ومفكرون عاصروا فرويد ويحسبون على الفرويدية رفضوا رأي فرويد الذي أصر عليه من أن(الهو id) هو القوة الدافعية الأساسية لنمو الإنسان، وكانوا طرحوا بدائل لها. فقد أكد أدلر دافع التفوق وتأثير العلاقات الإجتماعية فيما أكد يونك ثراء اللاشعور، وهورناي على البيئة الحضارية- الإجتماعية، "وأريسكون" على قوة الأنا وتكوين الهوية، وسوليفان على الإتصال الشخصي... كل هذه الطروحات الجديدة أسهمت في إيصال العلاج النفسي- الدينامي إلى الحالة التي هو عليها الآن، وربما ابرز طريقتين فيه هما طريقة ادلر وطريقة "سوليفان". ومع أن جماعة أدلر يعتمدون- مثل الفرويديين- على التداعي الحر وتفسير الأحلام وتحليل المقاومة والتحويل، إلا أن أنهم يختلفون عنهم في مساعدة المراجع على مسايرة عالمه الإجتماعي. لأنهم يولون الجانب الإجتماعي للفرد إهتماماً كبيراً، ولا يقصرون تحليلهم على الجانب النفسي الداخلي له، صحيح أن "أدلر" يرى أن كل مرض نفسي يمكن فهمه على أنه محاولة من الإنسان لكي يحرر نفسه من الشعور بالنقص، وأن الأنا(ego)

يلعب دوراً هاماً في إحداث هذا المرض، إلا أن "ادلر" وجماعته يرون بأن هدف المعالج النفسي ينبغي أن يكون بإعادة تنظيم المعتقدات الخاطئة للفرد بخصوص نفسه والآخرين، وإستبعاد الأهداف الخاطئة وتزويده بأهداف جديدة تتوافق والمصلحة الإجتماعية (صالح، 1988، ص188). وترى أن "ادلر" قد سبق المعرفيين إلى ذلك، ولا نعلم لماذا يتم التغاضي عنه أو تجاهله ولا حتى الإشارة إليه في أدبيات العلاج النفسي.

فيما افترض "سوليفان" أن الإضطراب النفسي هو في جوهره إضطراب في علاقات اتصال الفرد بالآخرين، بدءاً من أول علاقة يمر بها مع أمه، وانتهاءً بالأشخاص المهمين الذين يعيشون معهم في حاضره. وأن هدف العلاج هو تحرير الفرد من القلق والخوف وعدم الإطمئنان الناجمة عن الخطأ في الصلات الإجتماعية بين الفرد وما يحيط به.

وباختصار فإنه ما من موضوع في علم النفس آثار جدلاً وتعارضاً في الرأي مثل التحليل النفسي كنظرية وأسلوب علاج، وربما يتمثل النقد الأساسي لها، والذي يمكن أن(يهزها) هو أن أسلوب العلاج النفسي- الدينامي قائم على نظرية من الصعب التحقق من صدقها علمياً. على أن طريقة فرويد في العلاج وطرائق الفرويديين الجدد لها مساهماتها التي لا يمكن إغفالها بالرغم من أن آخرين يعدون هذه الطرائق في العلاج مضيعة للوقت.

التحليل النفسي-معلومات للذاكرة

-المؤسسون الأوائل:فرويد،يونك، فروم، أدلر، هورناي، أريكسون، سوليفان.

-إفتراضات ومفاهيم أساسية: سلوك الإنسان تعبير عن دوافعه اللاشعورية ويمثل(الهو) الجانب البدائي والأعظم أهمية في الشخصية، ويقوم كل من (الأنا) الذي يمثل التفكير العقلاني،(والأنا الأعلى) الذي يتمثل المعايير الإجتماعية(بترويض) دوافع(الهو).

- الشخصية السليمة تتوقف على نموها النفسي السليم في سنوات الطفولة المبكرة (الخمس الأولى).

-أسباب الإضطرابات النفسية: تنتج عن صراعات لا شعورية بين الدوافع اللبيدية(الجنسية) والدوافع المضادة لها من (الأنا) و(الأنا الأعلى).

-هدف العلاج الأساسي: مواجهة الفرد بصراعاته اللاشعورية.

-أساليب العلاج الأساسي: التداعي الحر، تحليل الأحلام، وحديثاً: أساليب الإسقاطين.

ثالثاً: الأسلوب السلوكي في العلاج النفسي

إن المبدأ الأساس الذي يقوم عليه هذا الأسلوب في العلاج أنه ينظر إلى السلوك الشاذ والسلوك السوي أنهما يخضعان لنفس قوانين التعلم، أي أن السلوك الشاذ يتم تعلمه مثلما يتم تعلم السلوك العادي.

إذا كان التحليليون النفسيون يميلون إلى التوكيد على الصراعات والأفكار اللاشعورية- كما رأينا- فإن السلوكيين يركزون في السلوك الصريح الذي يمكن ملاحظته. ولهذا فهم يرون بأن(التبصر) في الفرد من الداخل وسيلة ليست كافية لتغيير السلوك، إنما التوجه إلى السلوك مباشرة ومعالجته بقوانين التعلم هو الوسيلة المضمونة لتغيير السلوك.

وإذا كان فرويد يعتقد بأن إضطرابات السلوك هي علامات وجود صراعات لا شعورية، فإن واطسن يرى أنها ناتجة عن إقترانات تعلمية خاطئة ولهذا فإن السلوكيين لا يعتمدون على (الكلام اللفظي) للمريض. كما انهم لا يعتمدون على(ماضي) الفرد مثلما (ينقبّ) فيه المحلل النفسي. ولا يعني هنا أنهم يتجاهلون تاريخ الفرد بكامله، فالتعلمات الماضية لها أهمية كبيرة في التعلمات الحاضرة، ويرون أن السلوك غير المتكيف ليس نتيجة ظروف الماضي فقط، بل والظروف الجارية التي يمر بها الفرد، وقد تكون مختلفة تماماً، وعليه يكون التوكيد نحوالمثيرات التي تستدعي وتعزز السلوك الشاذ أو المنحرف وتديمه كسلوك صريح في حاضر الفرد.

وهكذا، فبينما ينشغل المحلل النفسي بخلق جو إنفعالي خاص للمريض لأن يكشف (حقائقه) الخاصة، فإن المعالج السلوكي ينشغل بسلوك المريض بعين مهندس فيعدله بالأسلوب الذي يراه مناسباً. وقد ابتكر السلوكيون عدداً من أساليب أو طرائق العلاج أكثر من تلك التي ابتكرها التحليليون الفرويديون، لسبب جوهري هو أن السلوكيين اعتمدوا على علم النفس التجريبي واستفادوا من تقنيات البحوث التجريبية، فيما كان فرويد قد عمل قبل ظهور علم النفس التجريبي بصيغته الأكاديمية. ولهذا يوصف العلاج السلوكي بأنه(محاولة لدراسة وتغير السلوك الشاذ بالإعتماد على الإكتشافات التي توصل لها علماء النفس التجريبيون في دراستهم للسلوك الشاذ)(Davison وNeale، 1982، ص:586). ولهذا تطورت أساليبه في العلاج خلال السنوات الماضية بعد أن كانت مقتصرة في الخمسينيات من القرن الماضي على الإشراط الكلاسيكي والإجرائي وفيما

يأتي أهم الطرائق أو الأساليب في العلاج السلوكي.

أ.الإشراط المضاد:

يعني الإشراط المضاد Counter Cnditioning: إعادة تعلم يتم الوصول إليها بإستدعاء إستجابة جديدة بحضور مثير محدد.

فالإستجابة (س1) لمثير محدد(م1) يتم التخلص منها بإستدعاء سلوك مختلف(س2) بوجود ذلك المثير أو التنبيه.

فإذا كان شخص- على سبيل المثال- يخاف(س1، إستجابة خوف) من الأماكن المغلقة(م1، مثير يسبب الخوف) فإن المعالج السلوكي يحاول مساعدة ذلك الشخص بأن يشكل لديه رد فعل هادئ(س2) عندما يكون في مثل هذه المواقف. وتوحي الأدلة التجريبية بأنه يمكن التخلص من الخوف غير الواقعي بهذه الطريقة(Mahoney، 1980، Davison وNeale، 1982).

وهناك تجربتان كلاسيكيتان الأولى قام بها واطسن ورايترRayner على الطفل (البرت)عام1920، نتجاوزها لأنها معروفة، والثانية قامت بها ماري جونزMary Jones عام (1924).

طلب إلى جونز، وهي من اتباع واطسن، معالجة طفل اسمه بيتر عمره ثلاث سنوات كان يخاف خوفاً شديداً من الأشياء المكسوة بالفراء(ارنب، فأرة، سترة فيها فراء..) وقد طورت جونز استراتيجية علاجية تقوم على إجراءين:

1.تقديم المثير الذي يسبب الخوف بصورة تدريجية بطيئة.

2.إقران أو مزاوجة هذا المثير بمثير آخر يستدعي إستجابات ليس فيها خوف.

واختارت الأرنب كمثير للخوف لأن بيتر كان يظهر خوفاً شديداً منها، ونجحت ماري جونز في أن تخلص الطفل بيتر من خوفه من الأرنب، وذلك بإطعامه في ظرف وجود الأرنب، حيث كان الأرنب يبعد في البداية عن بيتر عدة أقدام(بيتر في زاوية من الغرفة، والأرنب في الزاوية المقابلة له). ثم جرى تقريب الأرنب تدريجياً نحو بيتر الذي كان يتناول الطعام الذي يحبه (الآيس كريم بشكل خاص). وبهذه الطريقة فإن إستجابة الخوف(س1) التي يسببها الأرنب(م1) قد تم التخلص منها بفعل المشاعر والأحاسيس الإيجابية القوية المرتبطة بالإطعام (س2).

إزالة التحسس المنظم

بعد ثلاثة عقود من إجراء ماري جونز لتجربتها تلك قام جوزيف ولب Wolpe في عام 1958 بإستعمال أساليب أو تكنيكات مشابهة مع المرضى الذين يظهرون خوفاً مبالغاً فيه . و لقد وجد "ولب" أن الكثير من مرضاه يمكن أن يتشجعوا ، و كما هو الحال بالنسبة للطفل بيتر ، على تعريض أنفسهم بصورة تدريجية إلى المواقف والموضوعات التي تثير الخوف فيهم ، إذا انشغلوا في الوقت نفسه بسلوك يكف القلق عندهم . و بدلاً من اشغال مرضاه بالأكل ، طلب "ولب" منهم أن يكونوا في حالة استرخاء عضلي تام ، منطلقاً في ذلك مما كان قد توصل إليه جاكوبسن Jacobson (1929) الذي أفاد بأن الحالات الانفعالية القوية ، مثل القلق ، يمكن كفها إذا كان الفرد في حالة استرخاء عميق .

كانت معظم حالات الخوف التي يشكو منها مرضى "ولب" ، تجريدية من قبيل الخوف من النقد و الخوف من الفشل . بمعنى أنها ليست عملية و لا بالمستطاع أن يواجهها الفرد على صعيد المواقف الحياتية الواقعية بحيث يمكن دراستها ميدانياً .

و لهذا فكر "ولب" أن يجعل مرضاه الخائفين يتصورون أو يتخيلون ما يخافون منه . وهكذا طور أسلوباً أو تكنيكاً جديداً أطلق عليه مصطلح (إزالة التحسس المنظم Systematic Desensitization) . و هو مصطلح نشأ أصلاً في الميدان الطبي يتم فيه زيادة الجرعات المضادة للحساسية للمرضى الذين يعانون من الربو و الحصى العالية . أمّا في العلاج النفسي فيبدأ الأسلوب بأن يطلب من المريض أن يتخيل سلسلة متدرجة من المواقف المثيرة للقلق . و يكون في حالة إرخاء تام ، حيث يعمل هذا الإرتخاء على كف أي قلق يمكن أن يثيره مشهد من المشاهد التي يتخيلها المريض . فإذا فسخ الارتخاء مجالاً للقلق فأن المريض يعطي إشارة إلى المعالج النفسي بأن يؤشر بإصبعه ، و يتوقف عن تصوّر أو تخيل الموقف ، ثم يرتاح و يعود إلى حالة الارتخاء ثم يعاود إلى تخيل الموقف من جديد فإذا تكمن القلق من الارتخاء مرة ثانية ، فإن على المريض أن يرجع إلى الموقف الأول و يحاول أن يعالج الموقف الأكثر صعوبة . و بهذه الطريقة سيتمكن المريض و عبر جلسات متتابعة من تحمل المواقف المتدرجة في الصعوبة من أخفها إلى أشدها . و كما يرى "ولب" و معالجون آخرون (Gotdfried و Davison 1976 ، على سبيل المثال) فإن القدرة على تحمل التخيلات الضاغطة ينتج عنه بشكل عام خفض للقلق في المواقف الحياتية – الواقعية ذات العلاقة بالمواقف المتخيلة .

و هكذا نرى بأن إزالة الحساسية (Desensitization) تقوم على مقدمة منطقية مفادها : إذا أمكن إحداث استجابة مضادة للقلق (مثل حالة الارتخاء العضلي العميق) بوجود التنبيه المثير للقلق فإن الرابطة بين التنبيه و القلق ستضعف .

و سمّى هذا الأسلوب منظماً (Systematic) لأنه عند تطبيقه في العلاج يقوم على ثلاث خطوات ، في الأولى: يقوم المعالج بتدريب المريض على الارتخاء العضلي العميق . و في الثانية يطلب إليه وهو ما يزال مسترخياً أن يتصوّر في خياله سلسلة من المواقف التي يبدو فيها الشيء المسبب لخوفه أو فزعه و كأنه يقترب منه تدريجياً . و عادة يتم ترتيب هذه المواقف (هرمياً) من أشدّها إلى أخفّها إثارة للفزع .

وإليك هذا المثال : شخص يخاف خوفاً غير معقول من الموت ترتب له المواقف هرمياً هكذا :

1. رؤية شخص ميت في كفن .
2. رؤيته وهو يوضع في المقبرة .
3. رؤيته عن بعد محمولاً إلى المقبرة .
4. قراءة نعي لشخص شاب مات بالسكتة القلبية .
5. رؤية جنازه .
6. الوجود داخل مستشفى .
7. رؤية مستشفى .
8. رؤية سيارة إسعاف (Wolpe و Wolpe ، 1981 ، ص 54)

في الخطوة الثالثة يعرض المريض(وهو في حالة الإرتخاء العميق) إلى موقف مجابهة فعلي للشيء الذي يثير فيه القلق أو الخوف او الفزع، ويحدث هذا بالطبع في العيادة النفسية أو في المختبر، ويتوقف نجاح هذا الأسلوب على نقل إستجابة الإرتخاء من المواقف المتخيلة إلى المواقف الفعلية. ويقيم بعضهم هذا الأسلوب بأنه متعدد الإستعمالات وثبت بخاصة في العلاج النفسي(Mahoney، 1980 ص505).

ج.العلاج بالتنفير

العلاج بالتنفير أو بالتكريه aversion therapy أسلوب يتم فيه ربط الشيء أو الموضوع الذي ينجذب إليه المرء أو يحبه أو يميل إليه بشيء أو موضوع آخر مقزّز أو كريه أو مثير للألم. مثال على ذلك، الشخص الذي يدخن بكثرة قد يفضل لو يتحول حبه للسيجارة إلى

كره لها، ويمكن إحداث ذلك بأن تحصل لديه حالة تقيء كلما بدأ بتدخين سيجارة، فربط الشيء الذي يحبه المرء بشيء لا يحبه يجعله بالتالي يعزف عن الشيء الذي يحبه. وقد جاء هذا الأسلوب من أدبيات الإشراط التنفيري الكلاسيكي على الحيوانات(مزاوجة مثير إيجابي أو محايد بمثير غير شرطي وغير مريح، مثل الصدمة الكهربائية) . إذ اعتقد بعض المعالجين السلوكيين أن ردود الفعل السلبية يمكن إشراطها في الإنسان أيضاً، وتمكنوا من الوصول إلى برامج علاجية ناجحة. وبخاصة في حالات الإدمان على الكحول.

يحقن المدمن على الكحول بمادة الأمتينEmtine مع البايلوكاربين Pilocarpine مع الايفدرينEphedrinc. حيث يسبب الامتين الغثيان والقيء، ويودي البايلوكاربين إلى التعرق الشديد وزيادة الأعراض الإنسحابية، فيما يحافظ الأيفدرين على مستوى ضغط الدم والدورة الدموية، ويطلب من المدمن تناول الخمر خلال مدة حقنه بهذه المواد فيتولد لديه الغثيان والقيء ويحرص على ان يكون المكان أشبه بمشرب أو(بار) حيث الأضواء خافتة، وأنواع المشروبات مصفوفة أمامه. وهكذا يرتبط منظر الخمر والكؤوس بالشعور والألم والغثيان والقيء. وتكرر العملية على وفق برنامج محدد(في الغالب ، 45 دقيقة لكل جلسة، ولخمسة أيام متتالية تخفض إلى يومين في الأسبوع). إلى أن يصبح المدمن في حالة يكون فيها مجرد التفكير بالخمر يجلب له الشعور بالألم والغثيان والقيء.

ويستعمل العلاج بالتنفير في حالات الإنحرافات الجنسية والجريمة والإفراط في الأكل، ويتم بأسلوب الصدمة الكهربائية في الغالب وقد آثار هذا الأسلوب في العلاج جدلاً لأسباب أخلاقية وعلمية حيث يرى البعض أن إيقاع الألم بالإنسان لا يليق به أخلاقياً حتى لو كان بطلب منه. كما انه من المشكوك به علمياً استمرار حالة التنفير وكره شيء أو موضوع لمدة طويلة. فمن يضمن أن المدخن والدمن، اللذين تلقيا العلاج بالتنفير، لا يعودان إلى التدخين وشرب الخمر بعد سنة أو عشر أو أكثر؟!.

د-التحسس الخفي

يعد أسلوب التحسس الخفي أو المستترCovert Sensitizaqtion بديلاً مناسباً للعلاج بالتنفير. فبدلاً من المواجهة أو الخبرة الفعلية للمثير المقزز أو المثير التنفيري(مادة تسبب التقيؤ مثلاً) فإنه يطلب إلى شخص تصور أو تخيل هذا المثير التنفيري. وأن يربط في تفكيره صورة مثير قوي للألم ومزعج جداً في إحداثه لحالات الغثيان والقيء. مع صورة مرئية في خياله للسلوك الذي يحاول استبعاده (Cautela، 1967). على سبيل المثال، يطلب المعالج من

الشخص الذي اعتاد على شرب الخمر بكثرة أن يتصور أولاً أنه يحصل على متعة في الشرب، ثم يتصور أنه يشرب في حفلة، وتدريجياً يكون قد اعتاد على شرب الخمر، ثم يصبح عنيفاً في تصرفه..بعدها يبدأ بالتقيؤ على ملابسه، وعلى الأثاث الفاخرة لمضيفه،وما إلى ذلك. إن هذا السلوب القائم على أساس الربط في الخيال يدفع الفرد. تحت إشراف المعالج، إلى حالة من الغثيان والتقيؤ مما يؤدي إلى جعله يكره ما كان يحبه ويتجنب ما كان قد اعتاد القيام به.

هـ-العلاج بالغمر

رأينا في أسلوب إزالة التحسس المنظم أنه يعتمد على تعريض المريض إلى المواقف التي تثير فيه الخوف أو القلق، بصورة تدريجية وذلك من أخفها إلى أشدها إثارة. أما في أسلوب العلاج بالطوفان أو الغمر Flooding فإن الإجراء يتضمن تعريضاً متصلاً إلى تصويرات أو تمثيلات Representations حية للتنبيهات التي تثير الخوف. أي أن المريض هنا يتم تعريضه لمواجهة ما يخيفه أو يفزعه بشكل سريع ودون مقدمات تدريجية.

يقوم هذا الأسلوب على نظرية الإنطفاءextinction التي تعني في الإشراط الكلاسيكي، حذف إستجابة عن طريق محو أو إهمال omission مثير غير شرطي. وفي الإشراط الإجرائي حذف الإستجابة الشرطية بإهمال تعزيزها. وقد أثبت أسلوب الغمر فائدته لا سيما في مخاوف الوسواس القسرية. فكما هو معروف فإن الطقس القسري- الوسواسي يقوم على فكرتين في العادة، الأولى:التلوثContamination والتفتيش أو التدقيق Checking. فإذا كانت حالة الطقس القسري- الوسواسي مقتصرة على الخوف من التلوث، فإن العلاج بالغمر يطلب إلى المريض بأن يغمر يديه، مثلاً، أو يحمل الأوساخ أو المادة التي يتجنبها ويخاف أن يلوث بها. وبهذه الطريقة فإنه سيدرك بأن ما يخاف منه فعلاً، لا يرتقي إلى مصدر تهديد فعلي لصحته.

وهناك نوع من العلاج بالغمر يطلق عليه العلاج التسلطيimpulsive therapy(ويسمى أيضاً العلاج التخيلي impulsive therapy) حيث لا يواجه المريض عملياً بالشيء أو الموضوع الذي يثير فيه الخوف أو القلق، بأن يطلب منه أن يتصور ذلك بمواجهة خيالية (Levisو 1977,Hare). فبعد أن يحصل المعالج، كالعادة وصفاً تفصيلياً دقيقاً عن المخاوف التي يعاني منها مريضه، يطلب منه ان يستلقي على ظهره ويتصور أو يتخيل المشاهد التي تثير فيه

القلق بناء على الوصف الذي كان قد قدمه، فضلاً عن إستذكاره لخبرات مؤلمة في تاريخه الشخصي، وتحليل قائم على النظرية الدينامية- النفسية، وكذلك مهارة القائم بالعلاج.

وفيما يأتي مثال لمشهد تخيلي استعمله المعالج مع شخص يخاف من الأفاعي.

(تخيل أن الأفاعي تلامسك..تعضك. حاول أن تجعل هذا الإحساس بالعجز الذي لديك، لا يتمكن منك، ولكنك يئست وتخليت وتركت الأفاعي تزحف نحوك. لم تستطع مقاتلتها، والآن..انظر..هذه أفعى عملاقة تتقدم نحوك..طويلة..أطول من إنسان..تحملق..تحدق فيك إنها قبيحة..سوداء رقطاء..شكلها مرعب..وعيناها أكثر رعباً..قبيحة..شريرة...مخيفة..مرعبة..وغادرة، ها هي تلقي عليك النظرة الأخيرة فقد تهيأت تماماً لأن تضربك)(Hogan، 1968، ص429). وتفيد الدراسات أن هذا الأسلوب كان ناجحاً في علاج المخاوف من الأفاعي(1977,HareوLevis).

هـ-القيمة الإعتبارية

في الخمسينيات من القرن الماضي افترض عدد كبير من علماء النفس، معظمهم يعيش في أميركا، أنه بإمكان المعالجين النفسيين أن يجربوا تشكيل السلوك من خلال الإثابات والعقوبات(Skinner، 1953).

وكان "سكنر" قد طرح - كما هو معروف- نظريته في التعلم الإجرائي وتشكيل السلوك، حيث يرى أن الإنسان (والحيوان أصلاً) يتعلم من الإجراءات التي يقوم بها. وليس بالضرورة وجود مثير. وأنه يمكن تشكيل سلوك الإنسان تماماً كما يفعل النحات في تشكيل تمثال من الطين، إذا اعتمدنا جداول تعزيزية معينة وأساليب محددة بدقة في تشكيل السلوك، بينها أسلوب الرمز أو القيمة الإعتبارية Token economy. ويعني هذا المصطلح تحديداً إجراءاً علاجياً سلوكياً قائماً على مبادئ الإشراط الإجرائي. إذ يعطى المرضى الراقدون في المؤسسات الصحية أقراص معدنية صغيرة يمكنهم إستبدالها بحاجات يرغبون منها كعلبة سجاير أو حلوى أو اية حاجة أخرى معقولة وغير ضارة، أو قضاء وقت فراغ خارج المؤسسة الصحية.

والقاعدة في هذا الأسلوب من العلاج أن المريض يكافأ بقرص أو بطاقة أو أكثر يستطيع استبدالها بحاجة يرغب فيها وتكون مقبولة إذا أظهر إستجابة سلوكية مرغوب فيها، ولا تكافأ الإستجابات السلوكية الخرى. وعلى وفق مبدأ التعزيز فإن الإستجابة التي تعزز(تكافأ) تميل إلى أن تتكرر، فيما ينخفض تكرار الإستجابة التي تهمل ولا تكافأ.

لقد بدأ تطبيق هذا الأسلوب بشكل محدد في تجاربStaats في عام (1963) وكانت مقتصرة على الأطفال، ثم توسعت في تجارب Ayllon و Azrin (1968)، وظهرت في السبعينيات وما بعدها برامج جديدة قام بتطويرهاGordon Pual وLentz Rabert (1977).

لقد نجح هذا الأسلوب في علاج بعض حالات التمرد، والإضطرابات السلوكية لدى بعض المتخلفين من الأطفال، وحالات الإنطواء الذاتي في الأطفال، وصدود الشهية لدى الصغار والكبار، وبعض حالات إضطراب الشخصية، وبعض حالات الجمود في الفصام. وهذا يعني أن هذا الأسلوب في العلاج يفعل بشكل جيد مع الأشخاص الذين تكون قابليتهم الذهنية محدودة، وكذلك في المواقف التي يكون فيها المعالج قادراً على ممارسة السيطرة فيها.

غير أن هذا الأسلوب والأساليب العلاجية الأخرى القائمة على الإشراط الإجرائي. يكون هدفها في العادة واحداً أو أكثر من الآتي:-

1.تأسيس سلوك ما كان الآن في خبرة أو ذخيرة المرء(مثال: مهارة العناية بالنفس، بالنسبة للمتخلف).

2.زيادة تكرار سلوك ضعيف(مثال: إنجاز واجب بيتي).

3.خفض أو حذف سلوك غير مرغوب فيه(مثال:التدخين).

4.تأسيس أو تحسين السيطرة على المثيرات(مثال: العدوان في ميدان كرة القدم، وليس في الصف).

هذا ويضيف بعض الباحثين أساليب أخرى في العلاج السلوكي، غير التي ذكرناها آنفاً، فيما يضع باحثون آخرون أساليب مزيجة بين السلوكية والمعرفية ضمن أساليب العلاج السلوكي.

تقويم:

ولدت فكرة العلاج السلوكي في المختبر، ونشأت تحديداً من التجارب المختبرة التي اجراها بافلوف على الحيوانات (الكلاب بشكل خاص)، ثم تجارب تورنديايك على القطط، وتنوعت أساليب العلاج السلوكي وتطورت على يد: وطسن، ولب، لازاروس، سكنر..وآخرين. ولم ينحصر تطورها ضمن حدود المنطلق النظري للسلوكية، بل عمد بعض المعالجين والسلوكيين إلى مزاوجة منهجهم السلوكي بالمنهج المعرفي، بل وحتى بمنهج التحليل النفسي والفرويدي!.

والأسلوب السلوكي في العلاج، كاي أسلوب آخر في العلاج النفسي، يحظى بتقويم يثمّن إيجابياته، كما يناله النقد الذي يقلل من جدواه في العلاج. من هذا قولهم إن العلاج

السلوكي يعتمد في الكثير من تطبيقاته على الأسس النظرية المستمدة من التجارب المختبرية على الحيوانات. وهو بالتالي أسلوب علاجي غير إنساني، وأنه تبسيط للنفس الإنسانية المعقدة، لا بل وإمتهان لها. وأنه علاج ظاهري أو خارجي Superficial لأنه لا يتعمق في ماضي الفرد. وكل ما يفعله أنه يهتم بمعالجة الأعراض الظاهرية ويترك(العلة) أو (المشكلة) الكامنة في الأعماق. وقد ينجح في إزالة الأعراض. ولكنه لا يمس(العلة)، وعندها فمن يضمن أن لا تعود الأعراض. كما ان المعالج السلوكي يسلب الحرية من مريضه، ويضعه تحت سيطرته، ويعالجه على وفق القيم التي يؤمن بها هو وليس مريضه.

غير أن المعالجين السلوكيين لهم منطقهم وحججهم في الردّ على منتقديهم. فهم لا يرون بالضرورة أن يكون هناك تنظير في العلاج وليس بالضرورة أن يحصل المريض من العلاج على فهم للذاتSelf-understanding وقبول للذات Self-asseptance. فالهدف من العلاج - على ما يرون - أن يتحصر في تغيير السلوك ولا حاجة لأن يشغل المعالج نفسه في مسائل فلسفية أو مفاهيم فرضية. وإذا كان العلاج يؤدي إلى فهم للذات فهذا شيء جيد. أما الذي يقصدنا - اي يقصد المعالجين السلوكيين- للعلاج من اجل فهم الذات understanding Self- فعليه أن يذهب إلى مكان آخر.

على أننا نرى أن المسألة المهمة في التقويم هي في النتائج التطبيقية في العلاج. في أي مجال كان نجاحه أكيداً في العلاج، وفي أي مجال كان نجاحه جزئياً؟. وفي أي مجال أخفق؟ وهل يمكن أن يكون أسلوباً علاجياً واعداً في المستقبل؟.

لقد شكلت جمعية الطب النفسي الأميركية لجنة لتقويم فاعلية العلاج السلوكي أو تعديل السلوكbehavior modified. وبرغم أن توجهها العام كان قائماً على التحليل النفسي، فإنها أصدرت في عام(1974) تقويماً جاء فيه:

((للعلاج السلوكي فاعلية كبيرة في حالات المخاوف المرضية(الفوبيا)، وردود فعل القلق، وسلس البول، والتأتأة، والتقلصات اللاإرادية في العضلات. ويبدو أن نظام التعزيز بالقيمة الإعتبارية Token قد أظهر فاعلية في تعديل المشكلات السلوكية التي تحدث داخل الصف، مثل الفشل الدراسي والتحصيل الواطئ، وبه تعلم المرضى العقليون المزمنون أنواعاً واسعة من السلوك الإجتماعي المناسب. وتشير الدراسات أن الأداة المصممة بعناية في التكتيك السلوكي يمكن أن يحقق تحسناً في السلوك اللفظي وغير اللفظي لدى الذهانيين والأطفال الفصاميين) (Malnoney، 1980، ص200).

والرأي الأمين أن الأسلوب السلوكي في العلاج ناجح في أنواع محددة من الإضطرابات، وغير فعال في معالجة انواع أخرى، فالدراسات تشير إلى أن للعلاج السلوكي سجل نجاحاً جيـــــداً في عـــــلاج القلـــــق (Marks، 1978، Kazdim وWilson 1978، Bootzin و Acocella، 1984). وكذلك في علاج إضطرابات محددة في الطفولة(Mahoney، 1980). ويبدو أن فاعليته في علاج الكآبة لم تثبت بعد بشكل اكيد. كما انه في ميادين أخرى مثل التدخين وتعاطي المخدرات لم يقدم شيئاً افضل بالمقارنة مع أساليب العلاج الأخرى.

وثمة نقطة جديرة بالإنتباه هي أن العلاج السلوكي، كعلم نفس تجريبي تطبيقي، يهتم بالأحداث الخارجية والداخلية أيضاً للفرد شرط أن تكون المتغيرات الداخلية ترتكز أو تعتمد على مثيرات أو إستجابات قابلة للملاحظة. فالسلوكيون لا يتجاهلون الحياة الداخلية للإنسان ولكنهم يختلفون مع علماء النفس الآخرين في تشددهم بخصوص الإستنتاجات والتفسيرات التي يرى السلوكيون ضرورة أن تكون مبنية على النتائج وقابلة للإختبار.

ولقد جرت منذ السبعينيات (1970) محاولات للمزج بين العلاج السلوكي والعلاج القائم على التحليل النفسي، إذ اقترحWachtel(1977) أن العلاج المثالي ينبغي أن يتضمن أولاً: تحليل نفسي- دينامي لمشكلة المريض هدفه التبصرInsight، أي التمعن في علة مشكلة المريض بأسلوب التحليل النفسي، وثانياً: العلاج السلوكي الذي يهدف إلى تغير السلوك غير التكيفي للمريض المتعلق بتلك المشكلة (Bootzin وAcocella، 1984).. وأنه تجري محاولات للتكامل بين بعض إجزاء التنظير للتحليل النفسي مع العلاج السلوكي(Davison وNeal:1982). ويبدو أيضاً أن اساليب العلاج السلوكي تتوسع باستمرار، كما انها في الجانب التطبيقي أرخص ثمناً بالنسبة لمن يطلبها وأسرع بالموازنة مع أساليب العلاج الأخرى.

معلومات للذاكرة :تعديل السلوك

- المؤسسون:بافلوف، وطسن، تورندايك سكنر، جونز، وولب.
- إفتراضات ومفاهيم اساسية:السلوك تحتمه البيئة(السلوك=[دالة(البيئة)].
الأحداث او العلاقات تفسر بحسب مبادىء الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي.
- اسباب الإنحراف اوالتباين في السلوك:انماط الأفعال او المشاعر الشاذة ناتجة بسبب خبرات تعليمه شرطية(السلوك العادي والسلوك الشاذ كلاهما يخضعان لنفس قوانين التعلم).
- هدف العلاج: تغيير العادات غير التكيفية(غير المرغوب فيها) من خلال ترتيب خبرات تعليمه جديدة، تؤسس او تحل محل خبرات شرطية سابقة.
- اساليب العلاج: توكيد على الإجراءات الشرطية الأساسية.
- تطوير او خفض انماط سلوكية تجنبية بأساليب الإشراط المضاد. تطوير إستجابات جديدة، وتقوية او إضعاف انماط سلوكية بأساليب.التشكيل، التعزيز، العقاب،والإنطفاء.

رابعاً: أسلوب التعلم الإجتماعي المعرفي في العلاج

يتضمن منظور التعلم الإجتماعي المعرفي(ت ج م) أساليب متنوعة في العلاج لأنه يجمع بين التعلم والتفاعل الإجتماعي والعمليات العقلية، وينصب إهتمام المعالج هنا على مهارات المريض وإدراكه لمشكلته، وأسبابها، والحلول الممكنة لها.

وكما هي الحال مع المعالج أو المعدّل السلوكيbehavior modified

فإن معالج (ت ج م) يقوم بجمع المعلومات عن المريض ويحدد بدقة أهداف العلاج وطريقته. وتتضمن الأهداف، بشكل عام، تطور المهارات لدى المريض(مثال: تعلم كيف يكون ميالاً إلى التوكيد والإصرار. وكيف يكون في حالة إرتخاء)، مع (إعادة بناء)(وتغيير) العوامل الإدراكية ذات العلاقة (مثال:ضعف الثقة بالنفس، المعتقدات بخصوص جدوى أو معنى الحياة).

إن تنظيم الجلسة العلاجية في هذا الأسلوب من العلاج يختلف من معالج أو مرشد نفسي إلى آخر. ومع ذلك فإنها تأخذ في العادة الترتيب الآتي:

1.تقدير الحالة الصحية- الحياتية للمراجع(تناوله العقاقير الطبية، التغذية)

2.تعرف طبيعة إدراك المراجع لمشكلته ومقارنة ذلك بإنطباع المعالج عنها في ضوء ملاحظات واقعية.

3.يقوم المعالج بتقييم دور كل من:

أ.العوامل البيولوجية.

ب.التأثيرات البيئية الجارية.

ج.المهارات الضعيفة.

د.التشوش الذهني لدى المراجع.

4.يجري في ضوء ذلك تحديد إجراءات تدريبية معينة لمساعدة المراجع على تطوير مهارات اوسع. وتغير عوامل بيئية أو حياتية. وتصحيح تشوهات ذهنية وتشويشها معرفية.

5.يميل بعض المعالجين إلى أن يوضحوا للمراجع الخطوتين الأولى والرابعة بحيث يتمكن من تطبيقها بنفسه على نفسه في المواقف المستقبلية، ويصبح(طبيب نفسه).

ومع تنوع طرائق العلاج في هذا السلوك فإنه يمكن تحديد ثلاثة انواع واسعة ومتداخلة منها هي:

1.إعادة البناء المعرفي.

2.المهارات المناسبة.

3.حل المشكلات.

وتتضمن كل واحدة من هذه الطرائق العلاجية إجراءات محددة تسهل عملية تقدير الإختلال الوظيفي في العمليات المعرفية ونمو المهارات لدى المراجع. وفيما يأتي توصيف لكل واحدة منها.

أ- إعادة البناء المعرفي

تقوم هذه الطريقة في العلاج Cognitive restructuring على نظرية كيلي في البُنية(Construct). فهو يرى (أن الإنسان يخلق الطرائق التي يرى بها العالم الذي يعيش فيه، وليس العالم هو الذي يخلقها له) (Kelly، 1955، ص:12). وأن(العمليات النفسية للشخص تمر بالسبل التي يتوقع بها حدوث الأحداث)(ص:46). وابتدع كيلي مفهوم(البنية) وعدّها المفهوم الجوهري في نظريته ويعرفها بأنها الطريقة التي يستعملها الإنسان في تفسير العالم)(صالح، 1988، ص 127). وينظر لها كما لو كانت معتقداًbelief أو نظام معتقد belief system. وطبقاً لكيلي فإن كل واحد منها هو عالم Scientist بأموره الشخصية، يبني فرضياته(معتقداته بخصوص العالم الذي يعيش فيه). بهدف الفهم والتنبؤ والسيطرة عليه. ولهذا تكون هذه المعتقدات (أو البُنى) مهمة من حيث تأثيرها في إدراك الفرد لنفسه وللعالم من حوله. وعلى هذا الأساس فإنه يمكن تفسير السلوك الشاذ بأنه ناتج عن وجود(بُنى) أو (معتقدات) تختلف أو تتعارض مع(البنى) أو (المعتقدات) الموجودة لدى الأشخاص الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه ذلك الشخص الشاذ.

غير أنه يرى من وجهة أخرى أن الفرق بين الإنسان السليم نفسياً والمريض نفسياً ليس فرقاً نوعياً، لأن كليهما يضعان إفتراضات ويختبرانها على مستوى الواقع. لكن الإنسان المريض نفسياً ينظر إلى الأحداث والعالم من خلال بُنى تختلف عن بنى الناس الأسوياء.

فالشخص المصاب بالزور(البارانويا) ينظر إلى الناس على أنهم أعداء له، يتآمرون لقتله أو التخلص منه. فيقوم بوضع إفتراضات على هذا الأساس ويتصرف بموجبها. ولذلك فلا يوجد فرق جوهري- من وجهة نظر كيلي- بين المضطرب نفسياً والسليم نفسياً من حيث أن كليهما يتصرفان بموجب نظام البُنى الذي يمتلكانه، ولهذا لا موجب أن نعامل الشخص المضطرب نفسياً بطريقة مختلفة، بل أن نأخذ بنظر الإعتبار نظام البُنى لديه، وتوضيح

البدائل الممكنة لتغيير البُنى التي يتصرف بموجبها وأنه لقادر على ذلك.

وهكذا يتوضح أن الشخص المضطرب عقلياً أو نفسياً هو، من وجهة نظر كيلي، شخص اعتاد على إستعمال بُنى غير صحيحة أو غير صادقة. وعليه فإن الهدف الأساس للمعالج النفسي هو مساعدة هذا الشخص على تكوين بُنى جديدة ومراجعة بُنى قديمة من أجل أن يتفاعل بشكل إيجابي مع بيئته. ويكون شغله الأساس في أن يفتح إمكانية التغير المستمر في نظام البُنى لدى الشخص المضطرب عقلياً أو نفسياً، بالشكل الذي يمكنه من إستعادة صحته النفسية. وأن يسلط الضوء على (الطرائق) التي يمكن أن يسلكها ليصبح سليماً.

وقد طرح كيلي أسلوباً في العلاج أطلق عليه(الدور الثابت)Fixed role. وبنى إختباراً أسماه(إختبار مصدر بناء الدور) والمعروف إختصاراً بعنوان(Rep-test). حيث يتم من خلاله تقدير نظام البُنى الشخصي للفرد وتبدأ طريقة إستعماله بأن يطلب من المراجع كتابة أسماء عدد من الأشخاص قام كل واحد منهم بدور مهم في حياته مثل:الأب، الأم، شريك الحياة، صديق، شخص سعيد، شخص مهدد له...ثم يطلب إليه تصنيف الأشخاص الذين سجلهم، ويختار ثلاثة أسماء في كل مرة، وينتقي اثنين منهم يتشابهان أكثر ويحدد بماذا يختلفان عن الشخص الثالث، والإفتراض الأساس الذي يقوم عليه هذا الإختيار وأسلوب استعماله أن الإنسان يميل دائماً إلى تفسير الأحداث بثنائية متضادة وعن طريق معرفة طبيعة هذه الثنائيات يمكن معرفة الأسلوب الذي يعتمده الشخص في نظرته إلى الناس والأحداث وتفسيره.

ولقد أثر كيلي في عدد أصبح فيما بعد معروفاً بين علماء النفس أمثال مايكل Mischel وروتر Rotter. وكتب إليس Ellis في عام(1962) كتاباً بعنوان(العقل والإنفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in Psychotherapy) أشار فيه أن الأسباب الأساسية لأسى الإنسان وشعوره بالضيق أو الكرب Distress ليست في دوافعه اللاشعورية، بل في أفكار غير عقلانية أو معتقدات غير صحيحة.

وقد وضع إليس قائمة بالمعتقدات غير العقلانية من بينها:

- الضرورة الماسة جداً لدى الشخص الراشد لأن يكون محبوباً من قبل أي واحد، ولكل شيء يفعله.

- هناك افعال معينة مزعجة ومؤذية، وانه يجب معاقبة مرتكبيها بقسوة.
- إنه لأمر لا يطاق أن تسير الأشياء بالطريقة التي لا يحبها الإنسان.
- إن مأساة الإنسان سببها أشخاص وأحداث مفروضة عليه.
- اسهل للإنسان أن يتجنب مشاكل الحياة ولا يواجهها.
- يجب أن يمتلك الإنسان سيطرة تامة على الأشياء.

وهذا يجعلك تستنتج أن "إليس" يرى ان سبب عدم إرتياح الإنسان وشعوره بالضيق لا يعود إلى الواقعReality، إنما إلى فكرةIdea يحملها.

وقد اعترض عدد من المعالجين المعرفيين على طريقة "إليس" في العلاج القائمة على تحديد المعتقدات أو الأفكار غير العقلانية، منهم على سبيل المثال،Mahoney، 1974، وMeichenbaum، 1977، فبالرغم من انهما قبلا دور الأنماط الفكرية في الإضطرابات النفسية، إلا أنهما اعترضا على وجهة نظره في لا عقلانية الأفكار التي طرحها وطريقته التي استعملها في تغيير الأنماط الفكرية للمراجع.

ولقد ظهرت طريقتان حديثتان نسبياً في إعادة البناء المعرفي إحداهما تقترن بإسم بيكBeck والأخرى بإسم ميشنبومMeichenbaum ، فلقد تقصى "بيك"، الذي كان معاصراً لإلس، وكان مهتماً بدراسة الكآبة وطور نظرية في العمليات المعرفية في أنواع أخرى من الإضطرابات النفسية(Beck، 1976). وقد خصص أسلوبه في العلاج- الذي أطلق عليه إسم(العلاج المعرفي) لتحديد وتغيير انماط المعتقد غير العقلاني. والعلاج المعرفي كما يراه: لا يفترض أن مشكلات الفرد تشتق إلى حد كبير من تشوهات معينة للواقع قائمة على إفتراضات أو مقدمات منطقية خاطئة. وبغض النظر عن منشئها فإنه من الممكن تكوين ما يشبه المعادلة في العلاج، بأن يساعد المعالج المريض على حل هذه التشوهات الفكرية، ويتعلم طرائق أكثر واقعية)(Beck، 1976 ، ص:3).

ويبدو أن التشابه واضحاً بين" بيم" و"إليس"، وكذلك ميشنبوم الذي ابتكر طريقة في العلاج أطلق عليها(التدريب التعليمي الذاتيSelf-instructional training) مزج فيها بين نظرية التعلم الإجتماعي والمنهج السلوكي Behavior modifiication (Mahoney، 1980). وخلال سنوات عديدة من البحث قضاها مع حالات متنوعة عن المرض، من أطفال يعانون من إضطرابات قسرية إلى كبار مصابين بالفصام...استطاع هو ومساعدوه تطوير حقيبة علاجية للأشخاص الذين يتحدثون مع أنفسهم(Self-talk) وتحسين ادائهم السلوكي. إذ لم يركز

ميشنبوم على المعتقدات العامة أو الإتجاهات، كما فعل "إليس" و"بيك"، إنما على الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم قبل وأثناء وبعد إنجازهم لأعمالهم. وبدلاً من تحديد أو قياس هذا (الحديث مع الذات) من حيث معقوليته أو لا معقوليته، فإن الهدف في العلاج يكون بإتجاه تغيير هذا الحديث أو الحوار مع الذات من حالة يتراجع فيها الشخص أو ينهزم إلى حالة يواجه فيها أو يساعد المواقف المهددة له.

وهكذا نرى أن هؤلاء المعالجين الثلاثة يجمعهم هدف واحد هو: تغير السلوك عن طريق تغيير الأفكار التي تنتج ذلك السلوك، وهنا يطرح السؤال الآتي:

- إذا كان المعالج المعرفي يحاول أن يحفر (تحت) العمليات العقلية، فما الذي يجعله مختلفاً عن المحلل النفسي الفرويدي؟

إن الإختلاف الجوهري هو ان المعالج المعرفي لا يبحث عن الأسباب النفسية اللاشعورية لمعرفيات الفرد، بل إن الهدف ببساطة هو تحديد تلك المعرفياتCognitions ثم العمل على تغييرها.

وهناك من يرى أن "اليس" و"بيك" و"ميشنبوم" ليسوا معرفيين خالصين، بل إنهم يشكلون مدرسة جديدة تجمع بين الإتجاهين السلوكي والمعرفي يطلقون عليها السلوكية المعرفيةCognitive Behaviorism

(Bootzin و Acocella 1984، ص:506). وأن الفكرة الجوهرية التي تقوم عليها المدرسة السلوكية المعرفية هي: إن المعرفيات Cognitios أو الأفكارThoughts هي الأسباب الأعظم اهمية في السلوك. وأن أفكارنا، أكثر من أي مثير خارجي، هي التي تحدثelicit وتكافئ وتعاقب افعالنا، وبالتالي تسيطر علينا، وعليه فإذا رغبنا في تغيير نمط سلوكنا، يجب أن نغير نمط أفكارنا المحددة لهذا السلوك.

وبالرغم من الإنتقادات الموجهة لأسلوب إعادة البناء المعرفي في العلاج فإنه تبقى الطرائق الثلاث: هي طريقة إليس في العلاج الإنفعالي- العقلانيRational-emotive therapy، وطريقة "بيك" في العلاج المعرفيCognitive therapy ، وطريقة "ميشنبوم" في التدريب التعليمي- الذاتيSelf- instructional training هي الشائعة الآن في هذا النوع من العلاج.

ب-النتيجة

يعد بعضهم النمذجة modeling واحداً من اساليب العلاج السلوكي(Davsion وNeal، 1982). على إعتبار أن التعلم الإجتماعي لا يقتصر فقط على الإشراطين

الكلاسيكي والإجرائي بل والنمذجة أيضاً. فيما يضعها آخرون في صنف أساليب العلاج التعليمي الإجتماعي المعرفي (Mahoney، 1980). والواقع إنها تتضمن إجراءات معرفية، كما تتضمن إجراءات سلوكية. لهذا ليس مهماً أن تنتمي إلى هذا الصنف من أساليب العلاج او ذاك. إنما المهم أن تفهمها كأسلوب في العلاج.

تعني النمذجة: التعلم عن طريق ملاحظة وتقليد سلوك آخر.أي أن الشخص يتعلم سلوكاً جديداً بتقليده شخصاً آخر يقوم بذلك السلوك. وواضح انها تتضمن أكثر من مثير وإستجابة ونتائج إستجابة، فهي تتضمن رغبة المقلد لأن يكون مثل النموذج(Model) ويحصل على إستحسانه. فالطالب يتعلم لأن يتكلم اللغة الإنكليزية بالإصغاء إلى معلم اللغة الإنكليزية.

وطبقاً لنظرية التعلم الإجتماعي لباندورا فإنه ينظر إلى السلوك غير المتكيف على انه نتيجة لتعلمات غير مناسبة يتعرض الفرد فيها إلى نماذج(مريضة) أو غير مناسبة، فالمدمن على الكحول يتعلم شرب الكحول من ملاحظته لوالده الذي كان مدمناً عليها. والشخص الذي يخاف من الأفاعي تعلم إستجابة الخوف منها عن طريق ملاحظته سلوك آخرين يخافون منها أو سماعه ما يصورونه عنها.

وهكذا يمكن إزالة الخوف من الأفعى بعرض نماذج لا تخاف منها، وقد حدث ذلك فعلاً، ففي دراسة مشهورة لباندورا وبلانجار وآخرين استطاعوا أن يزيلوا الخوف الشديد من الأفاعي، وذلك بأن عرضوا على الخائفين منها في البدء فلما ظهر فيه أطفال ومراهقون وكبار أخذوا يقتربون تدريجياً من الأفاعي، وكانت الأفاعي في البدء بلاستيكية، ثم أخذوا يلعبون مع أفاعي حقيقية، وأخيراً سمحوا لأفعى ضخمة بالزحف بحرية على أجسامهم. وقد سمح القائمون بالدراسة لمشاهدي الفلم بإيقاف الفلم متى شعروا بالخوف الشديد، ويعودون لمتابعته عندما يشعرون بعدم الخوف، وتم بهذه الطريقة إزالة الخوف من الأفاعي، بعد أن تضمن الإجراء أيضاً المشاركة بمشاهدة نموذج(إنسان) يلعب مع الأفعى من وراء حاجز زجاج. ثم دخلوا معه وشاهدوا عن قرب كيف يمسك بالأفعى. ثم لبس كل واحد منهم قفازاً بيده وأخذ يلامس الأفعى بلمسات بسيطة من الذنب إلى الظهر وصولاً إلى الرأس...ثم ملامستها دون قفاز(2001، Lahey).

ويرى روسنثال Rosenthal وباندورا(1978) أن أسلوبهم هذا فعال جداً في إزالة المخاوف(الفوبيا) لدى الصغار والكبار. وبالطبع فإن هناك برامج قد يتطلب بعضها تقليداً

للنموذج حي ومشاركة حية، وبرامج أخرى لا تتطلب ذلك. من بينها أسلوب النمذجة الخفيةCovert modeling وبذلك بأن يتصور المريض بأنه يراقب نموذجاً، وفي بعض الأحيان يكون المريض هو النموذج نفسه، ويكون على مستوى الموضوع الذي يثير فيه الخوف. أو أن يقوم بمعالجة الموقف الذي يتطلب سلوكاً حازماً، كأن يكون خجولاً جداً فيقوم بخلق(فلم تصويري) يتحول فيه تدريجياً من شخص خجول للغاية إلى شخص منعزل، إلى أن يصبح شخصاً يحب الإختلاط مع الآخرين ويسعى إليه.

ويشير(Mahoney، 1980) إلى ان هذه الفكرة، أي التمرين المعرفي، ليست جديدة على علم النفس، وأن علماء النفس المهتمين بالألعاب الرياضية قد استعملوا (التمارين العقلية) لتحسين أداء الرياضيين. كما ان حمل المريض على التصور أو التخيل معمول به في أساليب علاجية أخرى. وبالرغم من وجود مآخذ سلبية عليه فإن النمذجة الخفية يمكن أن تكون أسلوباً علاجياً واعداً(ص:205).

وهناك برامج اخرى بينها(التحصين ضد الضغوط) و(التدريب للسيطرة على القلق) تتضمن عادة تعريض المراجع إلى موقف نفسي ضاغط، أو موقف مثير للقلق، ويجري تدريبه على مواجهتهما والتغلب عليها.

ولا بد من الإشارة إلى أن وجهة نظر التعلم الإجتماعي تقف بالضد من منظور التحليل النفسي فيما يتعلق بتفسير الإضطرابات النفسية، فالقلق النفسي- في سبيل المثال- ينشأ نتيجة إدراك غير مناسب في مسايرة الأحداث غير السارة، أكثر منه نتيجة تهديد لدوافع لا شعورية كما يرى التحليل النفسي، وأنه ليس القلق النفسي هو الذي يقود إلى سلوك دفاعي (حيل دفاعية)، بل إن القلق النفسي والسلوك الدفاعي هما نتيجة خبرات مؤذية، ولهذا فإن التوقعات وعدم القدرة على الإدراك ومسايرة الأحداث هي التي تقود إلى القلق النفسي والسلوك الدفاعي، من وجهة نظر التعلم الإجتماعي.

ج-العلاج بحل المشكلات

يعني العلاج بحل المشكلاتProblem-solving مجموعة أساليب تهدف إلى تزويد الفرد بمهارات واسعة في إكتشاف وتعديل أنماط غير مناسبة من الخبرة.

وقد يوحي مصطلح(حل المشكلات) بأنه يعني حل مشكلات رياضية. والواقع أن لهذا المصطلح تاريخه في علم النفس إذ يعود إلى وليم جيمس(1890)، ثم حاولت نظريات التعلم تقديم فرضيات بخصوص الطبيعة التعلمية في حل المشكلات. غير أن البحوث حول هذا الموضوع أجريت في المختبرات التجريبية، التي قد تكون لها صلة ضعيفة بحل المشكلات في

المواقف الحياتية العملية، مما دعت الحاجة إلى مزج نتائج البحوث التجريبية بنتائج جهود الإختصاصيين في علم النفس السريري. وقد أشار دوزوريلا Dzurilla (1971) إلى أن(الكثير مما نعده سريرياً على أنه سلوك شاذا أو إضطراب إنفعاليا يمكن النظر إليه بأنه سلوك غير فعال، من حيث أن الفرد لا يكون قادراً على حل مشكلات موقفية معينة في حياته، وأن محاولاته الفاشلة او غير المناسبة تولد فيه آثاراً من قبيل:القلق، الكآبة، ومشكلات إضافية معينة) (ص:107).

غير أن مهارات حل المشكلات تتنوع بتنوع الأشخاص وتنوع التحديات ولا تقتصر على الإضطرابات الإنفعالية وقد اشار ولتون Olton إلى ضرورة توكيد الحاجة إلى إعادة النظر في الأنظمة التربوية في توجيه التعلم نحو(كيف) نفكر أكثر من (بماذا) نفكر، وتوجهت البحوث نحو الإهتمام بالتربية في حل المشكلات. ووجدت اختلافات ثابتة في القدرة على حل المشكلات بين الأفراد (الأسوياء) و(غير الأسوياء). إذ أظهر الأطفال المضطربون إنفعالياً، والجانحون، والمرضى الراقدون في المؤسسات الصحية النفسية عجزاً أو ضعفاً في قدراتهم على حل المشكلات. وأظهروا أيضاً تقديرات غير واقعية للمشكلات التي يواجهونها في مواقفهم الحياتية. وأن هذه الإختلافات في القدرة على حل المشكلات هي المسؤولة عن تنوع الأنماط السلوكية.

ولهذا فإن العلاج يكون بتدريب المراجع على أن يكون (عالماً Scientist) بأموره الشخصية. وذلك بتمكينه على تطوير مهارات ذات علاقة بتكيفه في الحاضر والمستقبل. وبهذا يركز منهج حل المشكلات على الفاعلية الشخصية للفرد، وعلى نقل قدرته في ميدان معين وتعميمها على ميادين أخرى في حل المشكلات وإدامة هذه القدرة.

تقويم:

إن عدد الدراسات والتجارب التي حاولت تقييم أساليب التعلم الإجتماعي المعرفي في العلاج هي أقل من كل التي أجريت في ميدان العلاج السلوكي، غير أن نتائجها تبدو واعدة. فلقد تبين بوضوح فاعلية أسلوب التعلم الإجتماعي المعرفي في علاج القلق والمخاوف(الفوبيا). وهناك دراسات تفيد بأن هذا الأسلوب هو الأكثر فاعلية في علاج الكآبة (Mahoney، 1982). كما أن هذا الأسلوب يستعمل في حالات الجنوح والإدمان، غير أن نتائجه ما تزال غير حاسمة، وإذا كان هذا الأسلوب قد نجح في هذه الميادين فإنه يبدو واعداً في أن ينجح في ميادين أخرى.

معلومات للذاكرة، التعلم الإجتماعي المعرفي

- المؤسسون الأوائل:كيلي، ورنز، مايكل، إليس، بيك، باندورا.
- إفتراضات ومفاهيم أساسية: السلوك محتم بتفاعل العوامل البيولوجية والإثارة البيئية الجارية، والمهارات الأدائية للفرد، وإدراكه للأحداث ذات العلاقة وللمثيرات، وكفاءات إستجابته الشخصية.
- أسباب إضطرابات السلوك: مع أهمية التأثيرات البيولوجية والبيئية، فإن أكثر الأسباب شيوعاً في الإختلال الوظيفي للإنسان هي:
  أ.الضعف أو العجز في المهارة.
  ب.تعلم انماط غير تكيفية للإستجابة للضغوط.
  ج.تشوه أو خطأ في إدراك الفرد للمثيرات، والأحداث وكفاءة الإستجابة الشخصية.
- الهدف الأساس للعلاج:التخفيف من حالة الأسى أو الشعور بالضيق، وتهيئة الفرد لسلوك وظيفي تكيفي من خلال تطوير مهارات مناسبة، وإعادة بناء انماط معرفية غير تكيفية.

- الأساليب الأساسية في العلاج:

أ.إعادة البناء المعرفي.

ب.النمذجة وتعلم المهارات.

ج.حل المشكلات.

خامساً: الأسلوب الظواهري

تحدثنا عن أربعة أساليب أو مناهج في العلاج النفسي هي: الحياتي- الطبي، التحليل النفسي، السلوكي، والتعلم الإجتماعي المعرفي. وهناك منهج رئيس خامس هو المنهج الظواهري، تنضوي تحته أربعة أساليب في العلاج هي:

التمركز حول المراجع، والوجودي، والكشتالتي، والإنساني، والسبب في وضعها بالمنظور الظواهري أن هذه الأساليب الأربعة تؤكد جميعها الخبرة الذاتية للفرد، مع الأخذ بنظر الإعتبار أنها تختلف في تفسيرها لماهية هذه الخبرة الذاتية، ومعناها للإنسان كإنسان، وللإنسان في علاقته بالوجود، فضلاً عن أن الخاصية الأساسية للتوجه الظواهري

هي التوكيد على ان الإنسان عمليةProcess من خبرة جارية أكثر منه مجموعة عادات ودوافع لا شعورية.

أ.العلاج المتمركز على المراجع

يعد كارل روجز أفضل من يمثل المنظور الظواهري في العلاج النفسي، ومنه اشتق مصطلح المجال الظواهري، والظواهرية أو الظاهرية Phenomenology(أسلوب في علم النفس يركز في الكيفية التي بها يدرك الشخص ذاته وعالمه)(صالح، 1978، ص:145). وطبقاً للموقف الظواهري الذي طرحه روجز منذ عام(1947). فإن الإنسان يدركPerceive العالم بطريقة متفردة. وتشكل هذه المدركات المجال الظواهري لديه. بمعنى أن الفرد يستجيب للبيئة كما يدركها هو وليس بالضرورة أن يكون إدراكه مطابقاً للواقع الموضوعي. كما ينظر روجز إلى الإنسان- وهذا مبدأ مهم في العلاج- إنه طيب بالفطرة. وانه مدفوع فطرياً لتحقيق إمكاناته، وهو لا ينظر بعين أخرى إلى الإنسان المضطرب نفسياً أو عقلياً. حتى إنه في السنوات الأخيرة غيّر اسم أسلوبه من العلاج المتمركز على المراجعClient- Centered إلى العلاج المتمركز على الشخص Person- Centered ليشير بذلك إلى أن مبادئه في العلاج تنطبق على الناس كلهم.

وتحتل الخبرة مكاناً مركزياً في منهج روجز ويعدها الموجّه لسلوك الفرد. وخبرة الإنسان هي مدركاته الشعورية التي يحولها إلى صور رمزية، وأن سبب إضطراب السلوك في شخص ما(نحن نراه كذلك) يعود إلى خطأ أو تشويه وقع هذا الشخص في تميزه لخبراته. وأنه من هذه الخبرات ومن مدركات في المجال الظواهري تنمو الذاتSelf التي ينبغي أن يتوجه المعالج نحوها، فالعلاج المتمركز على المراجع هو(عملية إعادة تنظيم للذات بالشكل الذي تجعل صاحبها قادراً على تميز مشاعره بدقة)(Salih، 1987، ص139).

ويرى روجز أن الأفراد العصابيين والذهانيين هم أولئك الذين يعوزهم التطابق بين مفهوم لذواتهم وبين خبراتهم. إذ يؤدي عدم التطابق هذا إلى أن يحس الفرد بأنه مهدد فيندفع للإستمانة بميكانزمات أو حيل دفاعية متساوقة مع تفكيره الذي يتسم بالتزمت والصرامة. ومثل هذا الفرد يضطر إلى تشويه خبراته من اجل حماية ذاته وليحصل على إحترام إيجابي من الاخرين.

ولأجل التغلب على هذه المشكلات، فإنه يجب على المعالج النفسي أن يخلق ظروفاً مناسبة للتغيير والنمو منها: الترحيب بالمراجع الذي يأتي بنفسه للعلاج، وتشجيعه على

الحديث بصدق وصراحة وبث الثقة بنفسه بأن جميع معلوماته ستحفظ في سرية تامة، والإهتمام بالأسباب الحقيقية للمشكلة والتأكد مما إذا كانت هناك عيوب وراثية أو إضطرابات عضوية، والتحدث معه عن أموره الجنسية والزواج وعلاقته بالأسرة والآخرين وأحواله الإقتصادية والنفسية ما إذا كان يعاني من صراع أو قلق أو حرمان.

ويرى روجز أن دور المعالج النفسي يتحدد بثلاثة أمور أساسية هي:إزالة أو خفض الصراع بين الذات المدركة والخبرة، وقبول الشخص بطريقة غير مشروطة، والقدرة على إدراك الخبرات والمشاعر ومعانيها من وجهة نظر الفرد الذي يأتي للعلاج. ولا يتم ذلك إلا بأن يحصل ترميز دقيق لخبرات الفرد يمكنه من فهم مصادر ونتائج الصعوبات التي يواجهها ليتمكن بالتالي من معالجتها. وعندها سيكون الفرد في طريقة لإدراك ذاته-Self realization.

وهكذا نرى أن ما يختلف به روجز عن المعالجين الآخرين هو توكيده على المعالج بأن ينظر إلى مشكلة المراجع بعين المراجع نفسه وليس بعينه هو، ويشعره بالإحترام والتعاطف معه. ومتى استطاع أن يغير فيه القدرة على تقويم الظواهر بصورة موضوعية، ويجعله يحمل مفهوماً إيجابياً وواضحاً لذاته. ويكون اقل دفاعية وأكثر مرونة في تعامله مع الآخرين. عندها سيكون قد وضع خطواته على الطريق الذي ستوصله إلى تحقيق الذات، وهي مسؤوليته، بعد أن خلق له المعالج الظروف المناسبة لذلك(Rogers، 1980).

ومع ان روجز كان واحداً من اوائل علماء النفس السريرين واعتمد تحليلاً علمياً في عملية العلاج، وله تأثيره الواضح في عدد من الأساليب العلاجية، إلا أنه يبدو أن شعبية أسلوبه في العلاج بدأت تنحسر في السنوات الآخرة (Mahoney، 1980)(Lahey ، 2001) .

ب- الأسلوب الوجودي

يعد مصطلح الوجودية existentialism من أكثر المفاهيم شيوعاً و أكثرها سوء فهم أيضاً . استعمل بأغراض متنوعة من قبل فلاسفة و علماء نفس و علماء دين و لاهوت و روائيين و فنانين و عدد كبير من الناس – و بخاصة في الخمسينيات و الستينيات – بشكل افقد تقريباً المعنى الحقيقي للوجودية . فلقد اقترن، على سبيل المثال، المفهوم الشائع للوجودية بالإحساس بالحزن والعجز والكآبة واليأس أو(إبراز الجوانب السيئة في الطبيعة الإنسانية) على حد تعبير سارتر.

ولهذا ينبغي أن نشير، ولو بإختصار شديد، إلى أن الوجودية كفلسفة تركز في محاولات الإنسان لأن يجعل (معنى) لوجوده ثم يتولى مسؤولياته عن أفعاله الخاصة كلما حاول أن(يحيا) طبقاً لقيمة ومبادئه.

وتعود الجذور الأولى للوجودية إلى النصف الأول من القرن التاسع عشر وتحديداً إلى كتابات سورين كيركجارد(1813- 1855) وتطورت أفكارها بعد وفاته على يدي فيلسوفين بارزين هما نيتشه وهوسيرل. وصقلت هذه الأفكار على يد كتاب مشهورين هم كارلياسبرز ومارتن هيدجر، وجان بول سارتر.

لقد طرحت الوجودية أفكاراً كثيرة، لا يمكن إحتواؤها بصفحات معدودة ولكننا سنشير إلى ثلاثة منها بإيجاز شديد. وأول هذه الأفكار هو:الظواهرية Phenomenolism . التي أشرنا إليها، حيث عد هوسيرل(الأب الحقيقي للظواهرية). لأنه ميز بشكل واضح بين(الموضوع)أي(العالم الحقيقي) الذي يكون خارج الإنسان، وبين المدركات الذاتية الخالصة التي تؤلف الخبرة الفردية.

والخاصية الثانية في الفلسفة الوجودية هي مفهوم الإغتراب Alienation. فالمنظور الوجودي يرى أن الإنسان يعيش في حالة من الإغتراب بسبب ضغوط المجتمع المعاصر ومطالبه. والإغتراب هو حالة من الإنعزال عن الشكل الطبيعي فأي شيء يتعارض مع مدركاتنا الجارية وتعبيراتنا عنها يقال عنه إغتراب. وهكذا فإن الكثير من مؤسساتنا الإجتماعية قد تفرض علينا مطالب تتعارض مع حاجاتنا الإنسانية الذاتية. كما ان الضغوط التي تجبر الفرد على المسايرة، والأدوار الإجتماعية المفروضة... قد تقمع حرية التعبير الشخصي لديه. فالوجودية تنظر إلى الحرية على أنها تحد أخلاقي خطير، لأن الإنسان غير قادر على إستثمار حريته في مجتمع له قوانين وقيم وتقاليد ومؤسسات ضبط. وأنه من دون الإحساس بالهوية الشخصية وبالقيمة الجوهرية للذات فإن الإنسان قد يكون(لا شيء) سوى(كائن) يحس بالأسى والعزلة.

والخاصية الثالثة للوجودية: يمكن أن نطلق عليها(مسؤولية الفعل) Responsibility for action. فطبقاً لكيركجارد(أن تكون إنساناً، وليس حقيقةFact بل مهمةTask). وأن المعنى الوحيد في حياة الفرد هو المعنى الذي يخلقه هو، ويملؤه بنفسه، أو كما يرى سارتر في مصطلحه(الوجود- لذاته)(Being- For-itself) أن يعيش الإنسان نمطاً من الوجود المميز. لا يكون سكونياً أبداً بل هو دائماً في عملية تكشف أو تجلي الأشياء الجديدة عن ذاتها

وعالمها من خلال اتخاذ القرارات كوسيلة لخلق المعنى(صالح، 1987، ص207). ولهذا يجب أن يتحمل الإنسان أفعاله، فإن تواجه(معضلة وجودية) وترفض وتختار بديلاً هو في الحقيقة فعل اختياري شعوري(Magoney، 1980، ص211). وهكذا تريد أن تذكرنا الوجودية بأننا ما دمنا نعيش لمرة واحدة ، فإنه يجب أن نستمتع بحياتنا إلى أقصاها.

وعلى أساس هذه الأفكار -وأفكار أخرى جوهرية ظهر علم النفس الوجودي وربما كان الشخص الأكثر تأثيراً فيه هو لودفيج بنزفانكرBinswanger(1881- 1966). وكانت فكرته الأساسية ذات العلاقة بعمله كطبيب نفسي هي ان المفاهيم الوجودية يمكن ان تكون مفيدة في تحديد وشفاء الإضطرابات النفسية، وأسمى أسلوبه في العلاج النفسي(Daseinanalyse) الذي يعني تحليل قدرة الإنسان على إعطاء المعنى للوجود.وافضل مساهمة قدمها بنزفانكر هي مناقشة (بناء المعنى الأساسي) الذي يشير إلى القدرة الشمولية وغير المتعلمة للإنسان على إدراك معاني محددة في العالم. والحوادث وتجاوز أي موقف عياني مدرك بالحواس على أساس ذلك المعنى المعطى(Binswanger، 1963).

أما بوسBoss زميل بنزفانكر ومدير إحدى مستشفيات العلاج النفسي بسويسرا فقد انتقد منهج فرويد في العلاج النفسي وافترض أن الإنفعالات والأفكار وأعضاء الجسم موحدة في وحدة دينامية معقدة، ونظر إلى الشخصية من خلال تمعن الفرد الفعال بالحوادث المرتبطة بالمعنى وصنع القرار الذي يقود إلى الفعل.

ومن بين البارزين في علم النفس الوجودي في اميركا هو رولو مي الذي انشغل بتطوير نموذج إيجابي للنمو كوسيلة لتخفيف المعاناة عن الإنسان، وركز بشكل أكثر على فهم الخبرة والسلوك غير السوي.

ويقوم المعالج النفسي الوجودي على تشجيع المريض لأن يتحمل مسؤولية أعراض الإضطرابات التي تظهر عليه لأنه اختار ذلك بنفسه، وأن يوضح له بأنه حر في اختيار سبل أخرى لأن يضفي بها المعنى على حياته. ومهما تكن الشكوى الحاضرة للمريض فإن المعالج الوجودي يعمل على تحويل انتباهه إلى الحاضر الموجود الآن. والتوكيد على الجوانب الفعالة وليس السلبية(للصيرورة) وحثه على تكوين نظام من القيم يمنح حياته معنى وجودياً(Bootzin، وAcocella، 1984). وإلى ذلك يشير May ان النتيجة الأساسية للإرباك أو التشوش تأتي من عدم التكامل في القيم والشعور(بالفراغ) من الداخل وبالعزلة عن الرجال والنساء.ولا يقصد بالفراغ إننا فارغون فعلاً أو دون إمكانية على الشعور، بل إن خبرة

الإحساس بالفراغ تاتي من الشعور بالعجز حيث تبدو الأحداث خارج سيطرتنا، ولا نبدو قادرين على توجيه حياتنا الخاصة أو التاثير في الآخرين أو تغيير العالم المحيط بنا، وإن محاولاتنا لأن نحمي انفسنا أو ندافع عنها ضد اليأس ستقود إلى قلق مؤلم، وإذا سار الموقف بشكل سليم فإن النتيجة ستكون إما تقييداً لإمكاناتنا لأن ننمو بوصفنا بشراً، أو الإستسلام إلى شكل مدمر من أشكال التسلطية(May، 1953، ص 25- 26).

أما فرانكلFrankl، وهو طبيب نفسي نمساوي تعرض للسجن خلال الحرب العالمية الثانية، فقد عبر عن المعنى من خلال الوجود المدرك في العالم) والقيم الإبداعية(التي تتحقق من خلال الفعل المباشر في العالم) وقيم الإتجاه(التي يتوقف تحقيقها على وعي الفرد، وتكون ممكنة حتى حين يحال التعبير عن قيم الخبرة والقيم الإبداعية). وطور فرانكل اسلوباً خاصاً في العلاج النفسي يهدف إلى تشجيع الفرد على أن يكتشف، بعد بحث متمعن، ما هو ذو معنى بالنسبة له في عالم يبدو له عديم المعنى.

ج:الأسلوب الكشتالتي

تعني كلمة جشتالتGestalt وهي مفردة المانية، الشكل أو الصيغة Form، أو النمطPattern، أو الصورةConfigutation، مع أن هذه المفردات لاتمثل ترجمة دقيقة لأنها لا تتضمن كامل المعنى الذي تعنيه مفردةGestalt بلغتها الألمانية. ويعد كوهر(1887- 1967) وكوفكا(1886- 1941) وفرتهيمر(1880- 1943) وكيرت ليفين(1891- 1947) من المؤسسين لعلم نفس الجشتالت. وانشغلوا بالدرجة الأساس في موضوع الإدراكPerception والتعلم.

إن المبدأ الأساس الذي يعتمده هؤلاء المنظرون هو مقولتهم المعروفة(الكل أكبر من مجموعة أجزائه). بمعنى أنه يجب النظر إلى الكائن العضوي موجود في سياقه البيئي. فهم يشددون على التوجه الكليHolistic في دراسة الفرد وليس بتقسيمه إلى وحدات ثانوية أو صغيرة.

ويعد فردريك بيرلز مؤسس العلاج الكشتالتي، الذي كان قد تدرب في أوروبا كمحلل نفسي فرويدي ثم بدأ يتخلى عن جوانب أو مفاهيم كثيرة في النظرية الفرويدية. وبهذا يمكن وصف العلاج النفسي الجشتالتي بأنه من التحليل النفسي ثم انفصل عنه(Bootzin، وAcocella، 1984ص497). إذ يتفق بيرلز مع النظرية الفرويدية من حيث أن الإضطرابات هي نتيجة لصراعات غير محلولة متراكمة من خبرات ماضية، ويعتقد بالمحتوى

الرمزي للأحلام وقد استعملها كوسيلة في تفسير الإضطرابات النفسية. ومن جهة أخرى نظر بيرلز إلى صراعات الطفولة، والدوافع المكبوتة، والحلام، من حيث علاقتها بالحاضر والآن(now) بأن يختار المراجع ما سيريد أن يكون وما إذا كان سيسمح أولا يسمح للماضي بأن يسيطر على المستقبل.

وهذا يعني أن "بيرلز" قد تخلى عن مفهوم "فرويد" في الحتمية وإعادة توجيه مفاهيمه نحو توجه إنساني، وجودي تتمثل في مفاهيم: الحرية، والمسؤولية، والإنفتاح، والسيطرة الفعالة على(صيرورة) الفرد.

ويرى المعالجون الجشتالتيون أنه يجب على الفرد أن يكتشف اتجاهاته الخاصة به في الحياة، ويتحمل مسؤولية الشخصية، من اجل تحقيق النضج وفي العلاج الجشتالتي، يطلب من المراجع أن يخرج صراعاته الماضية، ويعيد تمثيل الكيفية التي حدثت بها، فإذا كان المراجع وهو في عمر الأربعين- في سبيل المثال- مايزال مضطرباً من الطريقة التي كان والده يعامله بها عندما كان طفلاً في سن العاشرة، فإن المعالج يتولى القيام بدور الأب ليمكن المراجع من تجاوز إضطراباته، ويشجعه على التصرف بنشاط وعفوية، بداخل العيادة النفسية، حتى إذا تطلب الأمر أن يرفس كرسياً أو يصرخ بصوت عال أو يبكي... لأن هذه الطريقة – كما يرى بيرلز- تمكن المراجع من مواجهة مشاعرة ويتولى المسؤولية تجاه ما يقوم به من تصرف، ويتعلم كيفية السيطرة على هذه المشاعر ولا يدعها تسيطر عليه، وبهذه الطريقة يصل المراجع إلى توحيد مشاعره بسلوكه في كل جديد ويبدأ يعيش حياة عفوية ومنفتحة وصادقة، حياة من المشاعر الحاسمة والفعل الحاسم(Bootzin، وAcocella، 1984).

د-الأسلوب الإنساني:

يعد ماسلوMaslow وجوراردJourard أشهر من يمثل التوجه الإنساني في العلاج النفسي لتوكيدهما الطبيعة الجيدة للإنسان، والقيمة العالية له كوجود بشري. ولقد كان ماسلو واحداً من اكثر الأشخاص الذين أثروا في خلق هذا التوجه الجديد، الإنساني، في علم النفس، وكان قد أطلق عليه(القوة الثالثة في علم النفس) أضافها إلى التحليل النفسي والسلوكية اللتين كانتا تمثلان القوتين الكبيرتين في ميدان علم النفس.

يفترض ماسلو بأن كل واحد منا. نحن البشر، له طبيعة جوهرية جيدة وطيبة، أو في اقل الأحوال محايدة(Maslow، 1962) ولأنها كذلك فإنه ينبغي تطويرها ويرى أن النمو

السليم يكون ممكناً فقط في المجتمع الجيد، الذي يقدم المواد الخام الضرورية ويقف جانباً ليدع الكائن العضوي يحقق رغباته بنفسه ويحدد طلباته واختياراته(Maslow، 1970، ص227) وإذا كانت البيئة محدودة تسمح للفرد بأدنى حد من الإختيارات فإن الإحتمال كبير بأن هذا الإنسان سينمو بطريقة عصابية، وما دامت هذه الطبيعة ستكون ضعيفة فإنها ستخضع بالتبعية إلى سيطرة القوى البيئية، ومع ذلك يعتقد ماسلو بأن نزعة الإنسان تتجه- حتى في حالات ضعفها- إلى أن تحقق ذاتها. وهذا يعني أنه يملك منظوراً تفاؤلياً للإنسان يختلف عن منظوري التحليل النفسي والسلوكية اللتين تتصفان بالتشاؤم والسلبية ومحدودية المفاهيم بخصوص الإنسان، فهو ينظر إلى الإنسان على أنه كائن متفرد Uniaqe وعمليات إبداعية، ويؤكد أنه يجب النظر للإنسان على أنه أنظمة معقدة ومتطورة ، تشكل خبرته الذاتية فيه المحور الحقيقي والعملي لوجوده. وطبقاً له فإن كل فرد يمتلك حاجات معينة يمكن ترتيبها على وفق أولوياتها حيث تبدأ بالحاجات الفسلجية، الحاجة إلى الأمان الإنتماء والحب، التقدير، المعرفة، الجمال، وتنتهي بالحاجة إلى تحقيق الذات التي تقع في قمة هرم ماسلو للحاجات.

وطبقاً لماسلو فإن الشخص المضطرب نفسياً هو ذلك الذي حرم نفسه أو حرم من الوصول إلى إشباع أو إكفاء حاجاته الأساسية، لأن هذا الحرمان يمنعه من التقدم نحو الغاية التي تسعى إليها الطبيعة البشرية وتحقيق الذات، ويجعله يشعر بالتهديد وانعدام الأمن والإحترام القليل للذات، وما دامت هذه الحاجات لا تتحقق إلا من خلال الإتصال بالآخرين، فإن العلاج النفسي ينبغي أن يقوم على الاتصالات الشخصية الإجتماعية، ولهذا يقرر ماسلو بأن طبيعة العلاقة بين المعالج والمراجع يجب أن تكون علاقة صداقة، وأن تتسم الجلسة العلاجية بالصراحة المتبادلة والثقة والنزاهة واقل ما يمكن من الدفاعية، وأن تتخللها حالات من التعبير الطفولي والعفوي وعدم التردد في قول الأشياء الشخصية، ومن خلال هذه العلاقة الديمقراطية فإن المعالج يمكن أن يجعل المراجع يحس بالاحترام والحب ومشاعر الانتماء. والمعالجة الناجحة ليست تلك التي يمنح فيها المعالج مشاعر الحب إلى المراجع، بل أن يكون المراجع قادراً على أن يعبر عن حبه وتعاطفه مع المعالج أو الناس الآخرين، وأن ينفتح على العالم ويتعلم ويفهم الكثير من تعقيداته.

نظرة على الأساليب الأربعة:

لو تفحصنا هذه الأساليب الأربعة: العلاج المتمركز على المراجع، الوجودي،

الجشتالتي، والإنساني لوجدناها تشترك في خصائص أساسية أهمها:

1. التوكيد على الفرديةindividuality. بمعنى أن كل شخص هو كائن متفرد وذو قيمة عليا.

2. الإمكانيةPotentiality فكل فرد هو قادر على العمل والإنجاز والإبداع والنمو باتجاه تحقيق الذاتSelf-acualization.

3. الظواهرية.إن الإحساسات والمدركات هي الواقع الحقيقي الوحيد الذي يعرفه الفرد. والمهم في العلاج هو التوكيد على(هناhere والآنnow).

4. النمو لكي يحقق المرء إمكاناته، يجب أن يكون منفتحاً وباحثاً نشطاً عن الخبرات الجيدة، فهو عملية مستمرة من التدفق وليس حالة مستقرة أو جامدة.

5. الحرية والمسؤولية، كل شخص يجب ان يكون مسؤولاً عن مشاعره وأفعاله ومواقفه عبر حياته، ما دام يمتلك إرادة حرة في اختياراته.

6. أولوية الجانب الوجداني، عندما يتم إدراك الجوانب المعرفية للخبرة، يصبح التركيز الأساس في المشاعر ومصادرها.

تقويم:

تزايدت شعبية أساليب العلاج الإنساني- الوجودي في الستينيات(1960) عندما التقت فلسفتها بالدعوات السياسية الإحتجاجية في ذلك الوقت،) ويبدو أنها ما تزال تتمتع بالشعبية في الوقت الحاضر (Garfiel وKurtz 1976، Bootzin، وAcocella، 1984 2003، Nolen-Hocksema).

ومع ان شعبية (العلاج المتمركز على المراجع- الروجزي) أخذت بالانخفاض إلا انه ما يزال يحظى بالإقبال، بسبب بساطته، ولأن المعالجين فيه لا ينشغلون بتفسير الرموز الغامضة، كما في التحليل النفسي، ولا يميلون إلى استعمال تقنيات عالية الدقة في العلاج، كما في العلاج السلوكي، فإن ما يؤكدونه هو التعاطف والدفء مع المراجع. وهو أسلوب جذاب في العلاج ويستهوي عدداً كبيراً من الناس.

وكما هي الحال مع العلاج بالتبصر، فإنه ينسب إلى العلاج الإنساني- الوجودي الكثير من الجوانب الإيجابية التي يتمتع بها العلاج الدينامي- النفسي(الفرويدي). فهو يركز في الشخص ككل وليس على أجزاء محددة من ا لسلوك ويحاول أن يذهب إلى جذر المشكلة التي يعاني منها. فضلاً عن ذلك فإن المعالجين الإنسانيين- الوجوديين يدعون بأنهم يمنحون مرضاهم الإحساس بالأمل، وليس الإستسلام للحتمية كما هي النغمة السائدة في

النظرية الفرويدية(الحتمية البيولوجية) وفي النظرية السلوكية(الحتمية البيئية). كما أن العلاج المتمركز على المراجع والعلاج الوجودي يحظيان بتقدير عال في موقفهما بشأن احترام وجهة نظر المراجع.

غير ان العلاج الأنساني- الوجودي تعرض إلى نفس الإنتقادات التي وجهت إلى العلاج الدينامي- النفسي(الفرويدي) من حيث أن العلاج الفرويدي وكل أساليب العلاج التي اعتمدت التبصرinsight لا تقدر أن تراهن عليها من حيث قدرتها على إحداث التغيير. كما انها تستغرق وقتاً وتكلف ثمناً(وبخاصة التحليل الفرويدي) وأنها مناسبة فقط لمدى محدود من مشكلات السلوك(الإضطرابات العصابية).

فضلاً عن انها تفيد فقط نسبة صغيرة من الناس، وبالتحديد الميسورين منهم مادياً، وأخيراً فإن العلاج الإنساني- الوجودي، مثل العلاج الفرويدي، يفتقر إلى أساس علمي متين، وبالتالي فإنه يصعب تقويمه امبريقياً أو تجريبياً.

وعلى هذا النقد الأخير يرد المعالجون الإنسانيون- الوجوديون بأن المعايير العلمية هي تلك الموجودة في العلوم الطبيعية. وأنها غير مناسبة لتطبيقها في ميدان العلاج النفسي، وهم يرون أنهم ابتكروا علماً جديداً يأخذ بنظر الاعتبار الحقائق المتعلقة بحياة الإنسان التي تميزه عن حياة النبات والحيوان، وأن روجرز وأتباعه بذلوا جهوداً كبيرة لإخضاع النظرية والعلاج إلى الاختبار، وتوصلوا إلى(اسلوب كيوQ-Sort) كأداة تقيس صورة المرء عن ذاته(أي ذاته الواقعية) والصورة التي يسعى أو يرغب أن يكون عليها(أي الصورة المثالية أو النموذجية للذات) حيث يطلب المعالج النفسي من المريض، قبل بدء العلاج، تصنيف مائة بطاقة تحتوي كل بطاقة منها على عبارة أو جملة معينة لقياس مقدار الهوة بين الذات الواقعية والذات المثالية له. ثم يعاد التطبيق بعد انتهاء البرنامج العلاجي، فإذا حصل انخفاض في الفرق بين التقديرين فهذا يعني إن الهوة بين الذاتين، الواقعية والمثالية، قد تقلصت وأن العلاج كان مفيداً، وأن الشخص قد تحسن مفهومه عن ذاته تحسناً إيجابياً.

كما عمل روجرز واتباعه على تزويد المعالج بأدوات تجعله أكثر فاعلية فكان روجرز من آوائل من استعمل التسجيل والتصويرTape-record بعد أخذ موافقة المراجع. غير أن موقف المعالجين الوجوديين والإنسانيين والجشتالتيين يبدو ضعيفاً إذا ما أخضعت أساليبهم في العلاج إلى المعايير العلمية.

وتبقى مسألة مثيرة للجدل، تلك هي أن المنظور الظواهري يرى أن المحدد الجوهري لسلوك الفرد أو مشاعره هو ليس(العالم الواقعي) بمعناه الموضوعي، إنما (العالم كما يدركه الفرد)...أي المعنى الذاتي للعالم الذي يحيا فيه الإنسان. ويبدو أن الكثير من هذا العالم المُدرك من قبل هذا الفرد هو لا شعوري بحسب المنظور الظواهري. وهنا يتطابق مع المنظور الفرويدي.

معلومات للذاكرة/الأساليب الظواهرية في العلاج

- المؤسسون الأوائل: روجرز، بنزفانكر، بوس، رولومي، ماسلو
- إفتراضات ومفاهيم أساسية:الإنسان كائن متفرد وعمليةProcess معقدة، كيان متطور، قادر على الإنجازات المبدعة، ونمو الذات، ويمكن فهمه فقط من منظور ذاتي ظواهري.
- أسباب الإضطرابات النفسية: سبب معاناة الإنسان هو حرمانه من تحقيق ذاته بسبب مطالب وضغوط المجتمع عليه التي تتعارض والطبيعة الإنسانية.
- الهدف الأساس للعلاج: يجب مساعدة الفرد على أن يكون قادراً على إدراك وتثمين قيمته والتعبير عن هويته الحقيقية.
- أساليب العلاج: في العلاج المتمركز على المراجع ، يجري التوكيد على الإحترام الإيجابي غير المشروط، والإصغاء بتعاطف ودفء مع المراجع، وتستعمل الأساليب الأخرى نفس هذه الإستراتيجيات مع تدريبات مصممة على زيادة دراية الفرد بأموره الشخصية وعلاقاته بالآخرين.

العلاج بعد العام2000

على وفق الأدبيات الصادرة بعد عام ألفين(2000) فإن صورة العلاج هي على النحو الآتي:

هنالك تنوع واسع في المناحي البيولوجية والنفسية الهادفة إلى علاج الإضطرابات النفسية، وأنها تطورت الآن بشكل واضح.

يتضمن العلاج البيولوجي: الأدوية أو العقاقير الطبية التي تعمل على تنظيم عمل الناقلات العصبية، أو إحداث التوازن فيما أصاب الدماغ من خلل وتعمل مضادات الذهان على خفض الخبرات الإدراكية غير الواقعية والأعراض الذهانية الأخرى. فيما تعمل مضادات الإكتئاب على خفض الأعراض الإكتئابية. وما تزال الصدمات الكهربائية(أو جلسات تنظيم الدماغ) تستعمل في حالات الإكتئاب الحادة.

ويتضمن العلاج النفسي:1. العلاج النفسي الدينامي، الذي يركز في الصراعات اللاشعورية، والبينشخصية التي تقود إلى سلوك غير متكيف،

2.العلاج السلوكي، الذي يركز في تغيير أنماط سلوكية وانفعالية غير تكيفية أو سيئة التكيف.

3.العلاج المعرفي، الذي يركز في تغيير الطريقة التي يفكر بها المراجع بشأن مواقف مهمة،

4.العلاج الإنساني، الذي يهدف إلى مساعدة المراجع على إدراك إمكاناته لتحقيق ذاته.

هنالك نمطان من العلاج يهتمان بعلاقات الشخص وأدواره في النظام الإجتماعي الذي يعيش فيه هما: العلاج البينشخصي القائم على النظريات النفسية، لكنه يركز في العلاقات الحاضرة أو الحالية للفرد، والعلاج الأسري الذي يحاول كسر أنماط غير تكيفية قائمة بين أفراد الأسرة.

تهدف حركة (الصحة النفسية للمجتمع) إلى تنسيق الخدمات الإجتماعية للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية وعقلية، بتأسيس مراكز إجتماعية متنوعة للصحة النفسية، غير انها لم تستطع تحقيق كامل أهدافها.

تؤكد جميع التوجهات في العلاج مهارة المعالج في تكوين علاقة جيدة مع المراجع، ويعدونها عاملاً حاسماً في نجاح العلاج أو فشله.

مع أنه أجريت بحوث جيدة في العلاج، لكنها لم تصل إلى نتائج حاسمة بسبب عاملي المنهجية وأخلاقية البحث. وتفيد الدراسات بأن أساليب العلاج المختلفة جميعها فاعلة

ومفيدة، فيما اشارت دراسات أخرى إلى أن أساليب معينة كانت أكثر فاعلية في علاج اضطرابات معينة.(Witen,2004,Nolen-Hoeksema,2001,Helgin&Whitbourne,2003)

خلاصة

تناولنا في هذا الفصل خمسة أساليب رئيسة في العلاج النفسي هو الأسلوب الحياتي-الطبي، أسلوب التحليل النفسي والدينامي النفسي، الأسلوب السلوكي، أسلوب التعلم الإجتماعي المعرفي، والأسلوب الظواهري، وتنضوي تحت كل واحد منها طرائق متنوعة في العلاج.

يهتم المعالج النفسي بمعالجة مشكلات انفعالية ويسعى إلى تأسيس علاقة مع المريض بهدف:

1. إزالة أو تعديل اضطرابات أو أعراض سلوكية.
2. تسوية أو إصلاحMediating الأنماط المضطربة من السلوك.
3. تحفيز النمو الإيجابي في الشخصية.

يتضمن العلاج النفسي تقنيات أوأساليب كثيرة ومتنوعة يمكن تصنيفها إلى نوعين:-

الأول:العلاج بالتبصر أو البصيرةInsight الذي يحاول مساعدة الفرد على فهم سلوكه بشكل أفضل، والعلاج بالفعلAction الذي يركز في المشكلة السلوكية ويحاول تصحيحها.

والثاني: ينظر بعض المعالجين النفسيين إلى العلاج النفسيPsychotherapy على انه علم تطبيقي، فيما يعده آخرون على انه علم وفن، يعتمد إلى درجة كبيرة على التقمص العاطفيempathy والحدس أو البديهةIntuition.

إن جميع أساليب العلاج النفسي الديناميPsychodynamic قائمة إلى درجة ما على التحليل النفسي الذي أوجده فرويد، حيث يجري في التحليل النفسي حث المريض على التحدث، ويقوم المحلل النفسي بتفسير الخبرات أو المواد اللاشعورية بأربعة أساليب هي:

- التداعي الحر.
- تفسير الأحلام.
- تحليل المقاومة.
- وتحليل النقل أو التحويلTransference.

ويميل معظم المعالجين النفسيين الديناميين المعاصرين إلى استعمال شكل معدل في العلاج يجمع بين التحليل النفسي الفرويدي ونظريات الفرويديين الجدد، أو من نشأوا تحت الخيمة الفرويدية ثم خرجوا منها، وبالذات علم نفس الأنا(أدلر واتباعه)، وسوليفان واتباعه. وبالرغم من مساهمات العلاج النفسي الدينامي، فإنه تعرض للنقد بسبب صعوبة التحقق منه علمياً.

ويشترك المعالجون الإنسانيون والوجوديون بهدف واحد هو مساعدة الفرد على أن يصبح عارفاً بنفسه ومثمناً لقيمته، ويبرز كارل روجرز في مقدمة الذين يسعون إلى أن يجعل الفرد قادراً على تحقيق ذاته، ويؤكد في أسلوب علاجه على الإحترام الإيجابي غير المشروط للمراجع. والتعاطف الوجداني معه.

فيما يشدد العلاج الوجودي على صعوبة قبول الفرد لحريته وممارسته لها، وهو يقوم أيضاً على التوجه الظواهري، فيما يتضمن العلاج الجشتالتي على فعل المريض خارج صراعاته غير المحلولة. وبالرغم من أن هذه الأساليب تحترم وجهة نظر المريض إلا انها تعرضت إلى نفس النقد الموجه إلى العلاج النفسي الدينامي.

أما الأسلوب السلوكي في العلاج فإنه يؤكد الحياة الحاضرة للمراجع ولا يركز إلا قليلاً في حياته الداخلية(خبراته الشخصية) فهو أسلوب براجماتي يسعى لتحديد أسباب سوءالتكيف، وتحديد سلوك آخر بديل له، وتحويل السلوك غير المتكيف إلى سلوك مقبول، بأساليب الإشراط الكلاسيكي والإشراط الإجرائي وإجراءات أخرى ذكرت بشيء من التفصيل. ويبدو ان الأسلوب السلوكي في العلاج فعال بالموازنة مع أساليب العلاج الأخرى. وفي إضطرابات سلوكية محددة، وأنه أسرع منها وأقل كلفة، غير أنه تعرض للنقد لأنه سطحي ينشغل بالأعراض السلوكية التي يمكن ملاحظتها فقط، وأنه ينكر على الفرد حريته الشخصية.

وفيما يخص أسلوب التعلم الإجتماعي المعرفي في العلاج فقد تضمن عدة طرائق أثبتت فاعليتها بوضوح في علاج القلق والمخاوف(الفوبيا) وإلى حد ما، الكآبة أيضاً.

ويبدو أنه أسلوب واعد في علاج اضطرابات اخرى. غير أن الدراسات والتجارب التي حاولت تقييم هذا الأسلوب ما تزال أقل من تلك التي أجريت في ميدان العلاج السلوكي.

هذا وقد تطرقنا في البدء إلى الأسلوب الحياتي- الطبي في العلاج النفسي وطرائقه المتنوعة/: العقاقير، الصدمة الكهربائية، والجراحة النفسية، ومع أن هذا الأسلوب من

العلاج يخفف من الإضطرابات النفسية إلا أنه تعرض للنقد أيضاً، فالعقاقير الطبية بأنواعها تخفف فعلاً من الأعراض ولكنها لاتحل المشكلة، كما أن العلاج بالصدمة والجراحة النفسية قد تعرض للنقد لأسباب إنسانية.

المصادر

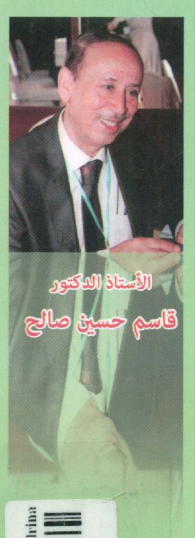
- نخبة من الأساتذة، المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، إقليم الشرق الأوسط، 1999.
- صالح، قاسم حسين، الإنسان من هو؟ وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، 1984.
- صالح، قاسم حسين، الشخصية بين التنظير والقياس، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، 1987.

-Ayllon, T. & Azrin, N. H. The Token economy, A motivational system for therapy and rchabilation, New York: Applton- Century-Crofts, 1968.
-Bandura, A. Social learning theorg. Fnglewood Cliffs, V.J: Prentice-Hall, 1977.
-Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universites Press, 1976.
-Binswanger. L. Being-in-the- World, N, Y: Basic Books, 1963.
-Bootzin, R.R. & Acocella, J. R. Abnormal Psychology: Current Perectives, Random House, Fourth ed. 1984.
-Bridges, P. K. & Bartlett, J. R. Psychosurgery: Yesterday and Today. British Journal of Psychiatry, 1977, 13, 249-260.
-Cautela, J. R. Covert sensitization. Psychological Reports, 1967,20,459-468.
-Davison, G. C. & Neale, J. M. Abnormal psychology. An Experimental Clinical Approach, Wiley, 1982.
-Ellis, A. Reason and emotion in Psychotherapy. Sacaucus, N. J: Stuart, 1962.
-Freud, S. New interoductory lectutes on psychoanalysis (J. Strachey, trams.) N. 4: Norton/Liveright, 1965.
-Garfield, S. L. & Kultz, R. Clinical psydnologists in the 1970. American psychologist, 470,31,1-9.
-Helgin, R.R.& Whitbourne, K, Apnormal Psychology. McGraw–Hill,2003
-Hogan, D. R. The effectiveness of sex therapy. Areview of literature, In. J. Lopicoolo and L. Lopicoolo, eds. Handbook of the rapy. New York, 1978.
-Kasdin, A. E. History of behavior modification, Experimental foundations of contemparary Regearch Baltimore: University Park Press,1978.
-Lahey,B.B Psychology . MeGraw-Hill, 2001.
Levis , D.J.& Hare , N. Areview of the theoritical rational and empirical support for the extinction approach of inpolsive (flooding) therapy . In M. Heresn , R . behavior modification . Vol . 4 , New York , Academic press , 1977.
-Mahoney ,M . J. Abnormal psychology . Harper and Raw, 1980 .
-Maslow , A.H. Toward apsychology of being . N.Y: Van Nostramd , 1962.
-May, R. (Ed.) Existential psychology. N.Y: Random House, 1969.
-May , R. Mans search for himself . New York ; Norton, 1953.
- Mechembaum , D. Cognitive- behovior modification : An integrative approach . New York : plenum , 1977.

- Nolen – Hoeksema, S. Abnormal Psychology . McGraw – Hill , 2003.
- Paul , G. L. & Lentz ,R.J. Psychological treatment of chronic mental patients . Milieu versus social – learning programs . Cambridge Mass : Harvard University Press, 1977.
- Rogers , C. R. A way of being . Boston : Houghton Mifflin , 1980.
- Rotter , J. B. & Others . Applications of a social learning theory of petsonality . N. Y: Jolt , Rinehart and Winston , 1972.
- Rosenthal , T. & Bandura , A. Modeling therapres . In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.) Handbook of psychotherapy and behcuior change . 2 nd ed . New York : Wiley , 1978.
- Saleh , Q. Husscin . Guiclance and Counseling . University of Baghdad , College of Arts , 1987.
- Santrock , J. W. Psychology . McGraw – Hill, 2000.
-Skinner , P. F. Science and human behavior .N. Y: Macmillan , 1953.
-Wolpe, J., & Wolpe , D. Our useless years . Boston : Houghton – Mifflin , 1981.

من مؤلفات الكاتب:

* علم نفس الشواذ.
* الانسان..من هو؟
* الشخصية بين التنظير والقياس.
* الابداع في الفن.
* سيكولوجيا الفن التشكيلي.
* سيكولوجيا ادراك اللون والشكل.
* قضايا سيكولوجية معاصرة في الدين والفن.
* اشكاليات الناس والسياسة في المجتمعات العربية.
* الشخصية العراقية بين المظهر والجوهر.
* المجتمع العراقي..تحليل لما حدث ويحدث.
* كتابات ساخرة وأخرى في هموم الناس والوطن.







عمان- شارع الملك حسين- مجمع الفحيص التجاري
تلفاكس: ٠٠٩٦٢٦٤٦٤٧٥٥٠ خلوي: ٠٠٩٦٢٧٩٥٣٦٥٧٦٧
ص.ب: ٧١٢٧٧٣ عمان ١١١٧١ - الأردن
E-mail: dardjlah@yahoo.com
www.dardjlah.com


9789957714208